



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ARTETERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA
ASOCIACIÓN NACIONAL CONTRA EL CÁNCER CAPÍTULO DE VERAGUAS

POR

YARAVIS YARIXEL GARZÓN BATISTA

Tesis presentada para optar al grado de magister en psicología clínica

Santiago de Veraguas, Panamá

2015

ST

23 MAR 2016

DEDICATORIA

Dedico este estudio a los y las pacientes de la Asociación Nacional Contra el Cáncer capítulo de Veraguas, que participaron del tratamiento en Arteterapia Cognitiva Conductual

A las entidades publicas y particulares, que tengan a bien implementar esta alternativa psicoterapéutica

Ob

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar, un trabajo tan laborioso y lleno de dificultades, pero al mismo tiempo colmado de experiencias de aprendizaje y gratificaciones como lo es esta tesis, es inevitable no sentirse orgullosa. Por eso agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y darme salud, fortaleza y sabiduría para lograr mis objetivos.

Un agradecimiento singular a la Magistra Gina Candanedo, asesora de esta tesis, quien me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con interés y entrega.

Al Doctor Santiago González, por decir que si a este innovador tratamiento psicoterapéutico para pacientes con cáncer, esto no hubiera sido posible sin su ayuda y disposición.

Yaravis Garzón

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	vii
Abstrac	viii
INTRODUCCION	ix
I MARCO GENERAL	1
1 Justificación	1
2 Problema de investigación	1
3 Objetivo general	2
3 1 Objetivos específicos	2
4 Escenario	2
II MARCO TEÓRICO	4
1 Antecedentes	4
2 Generalidades del Cáncer	10
2 1 Definición	11
2 2 Tipos de cáncer	12
2 3 Etiología y factores de riesgo	14
2 4 Incidencia	16
2 5 Tratamiento	17
2 6 Terminado el tratamiento	18
3 Factores psicológicos que afectan el estado físico	19
3 1 Ansiedad	20
3 1 1 Causas de la ansiedad	21
3 1 2 Síntomas de la ansiedad	22
3 2 3 Tratamiento	23
3 2 Depresión	25
3 2 1 Causas de la depresión	26
3 2 2 Sintomas de la depresion	27
3 2 3 Tratamientos para la depresión	29
4 Arteterapia como tratamiento psicológico	31
4 1 Historia y evolución	31
4 2 Conceptualización del arteterapia	32
4 3 Enfoques psicológicos de arteterapia	32
4 3 1 Arteterapia psicodinámica	32
4 2 2 Arteterapia humanista	33
4 3 3 Arteterapia conductual	34
4 3 4 Arteterapia cognitivo-conductual	34
4 3 5 Arteterapia multimodal	36

4 4	Procedimiento terapéutico de arteterapia	36
III	MARCO METODOLÓGICO	37
1	Diseño de la investigación	37
2	Hipótesis	37
3	Definición de variables	38
3 1	Arte terapia	38
3 2	Depresión	39
3 3	Ansiedad	39
4	Población y muestra	39
5	Técnica e instrumentos	40
5 1	Inventario de Depresión de Beck	40
5 2	Escala de Ansiedad de Beck	42
5 3	Entrevista clínica	44
6	Método de intervención	44
6 1	Arteterapia cognitiva conductual	44
7	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos	74
8	Análisis estadístico de los datos	74
9	Procedimiento de investigación	74
IV	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	76
4 1	Resultados	76
4 2	Discusión de los resultados	90
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
5 1	Conclusiones	93
5 2	Recomendaciones	95
	BIBLIOGRAFÍA	97
	Anexos	103

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

CUADROS

Cuadro 1	Datos generales del grupo experimental	76
Cuadro 2	Datos generales del grupo control	77
Cuadro 3	Puntuaciones de los niveles de ansiedad del pretest y posttest de los grupos experimental y control	79
Cuadro 4	Prueba t de Student para medias independientes de ansiedad en el posttest de los grupos experimental y control	82
Cuadro 5	Prueba t de Student para las medidas de pretest – posttest de ansiedad del grupo experimental	83
Cuadro 6	Puntuaciones de los niveles de depresión del pretest y posttest de los grupos experimental y control	85
Cuadro 7	Prueba t de Student para medias independientes de depresión en el posttest de los grupos experimental y control	87

GRAFICAS

Grafica 1	Promedio de los niveles de ansiedad en pretest y posttest de los grupos experimental y control	80
Gráfica 2	Distribución de los niveles de ansiedad de posttest de los grupos experimental y control	81
Gráfica 3	Medidas pretest y posttest de los niveles de ansiedad del grupo experimental	84
Gráfica 4	Promedio de los niveles de depresión en el pretest y posttest de los grupos experimental y control	86
Gráfica 5	Distribución de los niveles de depresión de posttest de los grupos experimental y control	88
Grafica 6	Medidas de los niveles de depresión del pretest posttest del grupo experimental	89

Resumen.

La presente investigación tuvo a bien conocer los efectos de la arteterapia cognitiva conductual sobre los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos, que acuden a la Asociación Nacional contra el Cáncer, capítulo de Veracruz. Este responde a una investigación de tipo cuasiexperimental, diseño de pretest posttest con grupo control.

Para tal fin, se seleccionó una muestra de 16 pacientes, que después de ser evaluados mediante los Inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck y constatar que presentaron los niveles considerables de las variables en estudio, fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos, control y experimental, de manera que 8 sujetos formaron el grupo control y ocho (8) el grupo experimental.

Este último, sometido a un tratamiento de arteterapia cognitiva-conductual, que se desarrolló en 11 sesiones aplicadas una vez por semana, con duración de dos horas cada una.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante la prueba t de Student para datos independientes a un nivel de significancia del 0.05. En el resultado de la prueba de ansiedad resultó que los niveles de ansiedad no disminuyeron de manera significativa. En la escala de depresión se concluye que existe suficiente evidencia estadística para indicar que los pacientes con cáncer disminuyeron sus niveles depresivos después del tratamiento.

Los sujetos tuvieron una buena disposición a participar del tratamiento, puesto que para la mayoría era la primera vez que tenían contacto con materiales artísticos y la oportunidad de contar con un entorno de confianza para la expresión de pensamientos y emociones.

ABSTRACT

The present investigation had to either know the effects of cognitive behavioral art therapy on the levels of anxiety and depression in a group of cancer patients attending the National Cancer Association, Chapter of Veraguas. Same answer a quasi-experimental research design with pretest posttest control group.

To this end, a sample of 16 patients was selected after being evaluated by the Anxiety Inventory and Beck Depression and find that had the considerable levels of the variables under study, They were randomized into two groups, control and experimental, so that 8 subjects formed the control group and 8 experimental group.

The latter undergoes a cognitive-behavioral treatment of art therapy, which was developed in 11 sessions applied once a week, lasting two hours each.

Statistical analysis of data was performed using Student t test for independent at a 0.05 significance level data. In the test result it proved that anxiety levels did not decrease significantly. In the depression scale it is concluded that there is sufficient statistical evidence to indicate that cancer patients decreased depressive levels after treatment.

The subjects had a willingness to participate in treatment, because for most it was the first time I had contact with art materials and the opportunity to have a trusted environment for the expression of thoughts and emotions.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades crónicas, que presenta mayores repercusiones psicológicas y emocionales, tanto para quien la padece como para sus familiares, por lo que cada vez existe una mayor conciencia por parte de los equipos de salud sobre el tratamiento que estos/as pacientes requieren, el cual no sólo debe incluir los procedimientos médicos, sino también el apoyo psicológico

La necesidad de incluir la psicoterapia como parte del tratamiento integral para la persona enferma de cáncer surge principalmente, por el carácter devastador del equilibrio psicológico y emocional, que produce el saberse portadora de cancer

A diferencia de muchas enfermedades, al cáncer en nuestra sociedad se le otorga una connotación de muerte, esto afecta directamente la voluntad de sanar de la persona enferma, y es esta voluntad la necesaria para cumplir con el tratamiento medico indicado, por lo tanto se traduce en una mejor respuesta inmunológica

A pesar de que el cáncer no está directamente asociado a la depresión y la ansiedad, representa una experiencia impactante desde el punto de vista emocional y psicológico, por lo que estos/as pacientes pueden presentar niveles patológicos de estos problemas que deben ser abordados conjuntamente con la enfermedad fisiológica

El presente estudio pretende conocer el efecto, que tiene la terapia del arte con enfoque cognitivo en los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con cancer que asisten a la Asociación Nacional Contra el Cancer (ANCEC) Capítulo de Veraguas, con el fin de ofrecer, no solo una fuente de información, sino tambien, un complemento de tratamiento para éstas asociaciones y otras entidades de salud que le hagan frente a esta problemática

La arteterapia ayuda a las personas afectadas con cáncer a mejorar su bienestar, favorecer la comunicación con su entorno y sobrellevar mejor las dificultades emocionales derivadas de su enfermedad

Este estudio está organizado por los siguientes capítulos el marco general formado por el problema, la importancia de la investigación, los objetivos trazados y la descripción del escenario donde se realizó

El segundo capítulo, corresponde al marco teórico que contempla aspectos teóricos importantes sobre el tema como son los antecedentes investigativos, conceptualizaciones, estrategias de intervención y otros. Le sigue el marco metodológico, que detalla el tipo de estudio realizado, hipótesis, variables, sujetos e instrumentos. Además, de la intervención psicoterapéutica y el tratamiento estadístico empleado en los resultados.

El capítulo de los resultados, muestra el análisis estadístico de los datos y la organización de los mismos en una serie de gráficas y cuadros en función de los requerimientos del estudio. Posterior a este, se presentan la discusión e interpretación de los resultados y enlace de estos con los supuestos hipotéticos y aspectos teóricos documentados.

Las conclusiones y recomendaciones, que se desprenden del análisis de los datos recabados en el estudio, se ubican en el último capítulo. Finalmente, se presentan la sección de referencias seguida de los anexos.

I. MARCO GENERAL.

1. Justificación.

La depresión y la ansiedad, por lo general, no están directamente vinculadas con el cáncer. Sin embargo, cuando un/a paciente recibe un diagnóstico de cáncer, puede sentir estrés excesivo, ira, tristeza y otras emociones negativas. Aunque estos sentimientos generalmente, disminuyen con el tiempo, pueden generar depresión y ansiedad, por consiguiente repercute directamente en su tratamiento y recuperación.

Como lo documenta el Ministerio de Salud, en el folleto de Indicadores Básicos de Salud, de la República de Panamá, año 2014, el cáncer constituye la principal causa de defunciones en nuestro país, por lo tanto, es relevante realizar estudios a fin de mejorar la condición de estos pacientes.

De igual manera, las terapias psicológicas representan una alternativa terapéutica y complemento al tratamiento médico, resultando efectivas en pacientes con cáncer, puesto que ejercen efectos positivos sobre sus pensamientos negativos, sus emociones, sus expectativas de vida, y por ende en sus estados de salud.

En este sentido, se ha empleado la terapia del arte o arteterapia en pacientes con cáncer, ya que a través de ésta pueden expresar sentimientos de una forma no verbal, por medio de las creaciones plásticas, que son un vehículo apropiado para manifestar aquello, que les resulta difícil exteriorizar mediante palabras, método generalmente empleado en las psicoterapias tradicionales.

2. Problema de investigación.

Por lo antes señalado, surge la siguiente interrogante:

¿Qué efecto tiene la arteterapia cognitiva conductual en los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con cáncer que acuden a la Asociación Nacional del Cáncer, Capítulo de Veraguas?

3. Objetivo general.

- Ψ Conocer el efecto de la arteterapia cognitiva conductual sobre los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con cancer

Objetivos específicos.

- Ψ Identificar los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con cáncer antes y después de la aplicación de la arteterapia cognitiva conductual
- Ψ Disminuir los niveles de depresión y ansiedad presentados por pacientes, que padecen cáncer a través del tratamiento de arteterapia cognitiva conductual
- Ψ Evaluar la efectividad de la arteterapia cognitiva conductual en pacientes con cáncer
- Ψ Brindar un complemento de tratamiento para pacientes con cáncer que asisten a ANCEC y a otras entidades de salud en Veraguas

4. Escenario.

El estudio se realizó en la Asociación Nacional Contra el Cáncer, ANCEC, Capítulo de Santiago de Veraguas, ubicado en Santiago Cabecera, Calle 2da, planta alta del antiguo edificio del Tribunal Electoral

Como responsables de esta asociación se encuentran el Dr Doménico Melillo, obstetra, Presidente A N C E C -Capítulo de Santiago y el Dr Santiago E González J medico general, Director de la Comisión Técnico Científica y Ayuda al Paciente

ANCEC, Capítulo de Santiago de Veraguas inicia labores en 1987, orientada hacia la lucha contra el cancer desde la promoción y prevención

Los programas que a nivel institucional desarrolla ANCEC son el Tecnico Cientifico, promoción y recaudación de fondos, Promoción de la causa,

Fortalecimiento al Voluntariado, Educación y Divulgación, Detección y Ayuda al Paciente

En la provincia de Veraguas, dentro de las actividades económicas, que desarrolla el Programa de Apoyo al paciente de escasos recursos son costo del pasaje para ir a citas médicas a la ciudad de Panama, para recibir quimioterapia o radioterapia, contacto con Casita Mausí en la ciudad capital para el hospedaje de los pacientes y su familiar, compra de Sostenes para pacientes mastectomizadas, compra de prótesis para pacientes mastectomizadas, pago de laboratorios para los diagnósticos de cancer, como el Antígeno carcinoembrionario, etc , compra de medicamentos especiales contra el cáncer o sus complicaciones, apoyo en gastos de funeral

En la actualidad, la asociacion está apoyando a más de 185 pacientes Dentro del Programa de ayuda al paciente han estado desarrollando visitas médico-asistenciales, tratando de apoyar en la parte médica y espiritual en actividades específicas como actividades médicas, seguimiento de diagnósticos y tratamientos medicos de oncólogos, vigilancia de aspectos de sostén de la enfermedades dolor, anemias, deshidratacion, alimentacion y prevención de ulceraciones, intervención en crisis Individual al paciente en su fase de negación y culpa Familia aceptación y apoyo Ademas de soporte espiritual reforzar valores familiares, autoestima, la fe y la esperanza

El trabajo de ANCEC se sustenta en la colaboracion de un personal voluntario y donaciones

La asociación está en la construcción de un edificio que albergará las distintas instalaciones para la atención de pacientes, por lo que las sesiones de psicoterapia se desarrollaron en una de las aulas de la facultad de arquitectura del Centro Regional Universitario de Veraguas, CRUV, por la comodidad y el facil acceso a la misma

II. MARCO TEÓRICO.

1. Antecedentes.

Diversos estudios han documentado la incidencia de factores psicológicos, que ejercen influencia sobre el estado físico del individuo, por ende, en su salud, algunos de estos estudios han centrado su atención en los efectos que generan estos factores en pacientes con enfermedades como el cáncer y el efecto de la psicoterapia en los mismos

Entre las investigaciones, que se han llevado a cabo se encuentra, “La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer”, fue un estudio realizado, en 1983, por Leonard R. Derogatis y colaboradores, el cual contó con una muestra de 215 pacientes con cáncer seleccionados al azar que eran nuevas admisiones de los centros de cáncer. Fueron examinados para detectar la presencia de trastorno psiquiátrico formal. Cada paciente fue evaluado con un protocolo común a través de una entrevista psiquiátrica y pruebas psicológicas estandarizadas. Se utilizó el sistema de diagnóstico DSM-III de la Asociación Americana de Psiquiatría en la fabricación de los diagnósticos.

Los resultados indicaron que del 47% de pacientes quienes recibieron un diagnóstico DSM-III, el 44% fue diagnosticado con una manifestación de un síndrome clínico y el 3% con trastornos de la personalidad. Aproximadamente el 68% de los diagnósticos psiquiátricos consistía en trastornos de adaptación, con el 13% en representación de los principales trastornos afectivos (depresión). Los diagnósticos restantes se dividieron entre los trastornos mentales orgánicos (8%), trastornos de la personalidad (7%), y trastornos de ansiedad (4%). Aproximadamente el 85% de los pacientes con una condición psiquiátrica positiva estaban experimentando un trastorno de depresión o ansiedad como síntoma central.

En 1999, Rodríguez Vega y colaboradores (Rodríguez Vega, 2002), llevaron a cabo una investigación bajo el título “Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores”. Su objetivo fue el determinar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 534 pacientes oncológicos españoles y 371 cuidadores familiares. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico así como la

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con el fin de evaluar la presencia e intensidad de estos síntomas. Dando como resultado que el 15,7% de pacientes dieron positivo en la subescala de ansiedad y el 14,6% lo hicieron en la subescala de depresión.

En cuanto a los cuidadores familiares, el 36,4% de ellos obtuvieron altas puntuaciones en la subescala de ansiedad y el 9,2% lo hicieron en la subescala de depresión. Sus resultados confirman la alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos y por lo tanto, la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación familiar para contribuir a que pacientes y sus familias puedan hacer frente a este tipo de problemas.

“Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente. Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención”, fue una investigación realizada por la Dra. Mónica Lugo y colaboradores (Lugo y colaboradores, 2006), con los objetivos de medir niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, y aplicar y valorar la efectividad de un programa de prevención psicológica secundaria, es decir que tuvo por finalidad reducir la duración de las perturbaciones que ya se han presentado sobre estas variables. En una muestra de 28 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, 11 pacientes no culminaron el estudio, los 17 pacientes restantes fueron divididos en forma accidental en dos grupos: experimental y control, con edades comprendidas entre los 20 y 75 años, de ambos sexos y provenientes del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo.

El diseño empleado fue experimental, de tipo ensayo terapéutico controlado, pre-test y pos-test en dos grupos independientes, y a través de la ejecución de un programa de intervención secundaria para obtener consecuencias en los niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida en los pacientes del grupo experimental, y compararlos con los del grupo control, evaluados a través de la escala HADS y Karnofsky.

Los resultados indicaron que el programa de intervención secundaria es efectivo al lograr disminuir los niveles de depresión, ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer. Con hallazgos estadísticamente

significativos entre el pre-test y pos-test del grupo experimental, post intervención Y entre los grupos experimental y control, al ser comparados estos

En 1993, Carroll y colaboradores del Departamento de Psiquiatría de la Ohio State University Hospitals, de Columbus, realizaron un estudio para detección de la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) El estudio contó con una muestra de 930 pacientes hospitalizados y ambulatorios con cáncer se acercaron a completar la escala, de los cuales, 809 (86,9%) participaron en esta prueba de detección

Utilizando el punto de corte sugerido de ocho (8) para las subescalas de ansiedad y depresión, se encontró que el 47,6% de esta población podría justificar una mayor evaluación psiquiátrica El veintitres por ciento (23 1%) tenían puntuaciones de 11 o mayores, y sería más probable, que tengan ansiedad (17,7%) o trastornos depresivos (9,9%) en base a los criterios del DSM-III-R Pacientes con enfermedad maligna activa y el estado de hospitalización eran más propensos a tener puntuaciones de depresión más altas

La HADS fue una herramienta de fácil administración, que identificó una gran proporción de pacientes con cáncer y altos niveles de ansiedad o depresión Sin embargo, no se llevaron a cabo entrevistas psiquiátricas clínicas, por lo que no es posible determinar qué proporción de pacientes se beneficiaría de tratamiento (Carroll, 1993)

Por su parte, Brandenburg en 1992, encontró la presencia de ansiedad clínica en el 28% de pacientes con melanoma evaluados con el HADS y un 15% en los familiares de dichos pacientes que no padecían ninguna enfermedad neoplásica

Con el objetivo de estimar la prevalencia y los tipos de trastornos de ansiedad en pacientes con cáncer, Stark y colaboradores (2002), realizaron un estudio con una muestra de 178 pacientes con linfoma, cáncer renal, melanoma y discrasia sanguínea Los resultados de dicho estudio indican que el 48% de pacientes refieren al ser preguntados subjetivamente suficientes niveles de ansiedad para satisfacer criterios

diagnósticos de trastorno de ansiedad, sin embargo este porcentaje disminuye al 18% cuando se evalúa dicha sintomatología siguiendo los criterios del CIE-10

Por otro lado, la terapia del arte se ha ido abriendo paso como un apoyo en el tratamiento de diferentes trastornos tanto físicos como psicológicos, basados en la idea de que el proceso creativo resulta curativo, ya que éste permite que las personas canalicen sus emociones, lo que ayuda con los síntomas y a sobrellevar o adaptarse a la condición de salud que se tenga, sin embargo, este tipo de terapia como tal, es relativamente nueva y existen pocos estudios, acerca de la misma como tratamiento

En la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México (2009), Rocío González Romo, Mónica Martínez y Cecilia Cano implementaron un taller de arteterapia desde una perspectiva cognitiva para la identificación y expresión de emociones, la visualización a futuro para la reevaluación cognitiva de la enfermedad y la aceptación de sí mismo mediante técnicas gráfico-plásticas y narrativas. Participaron 15 sujetos (5 cuidadores, un hermano de un paciente y nueve (9) pacientes oncológicos infantiles)

Los resultados encontrados fueron favorables, concluyendo, que los objetivos se cumplieron en cada sesión bajo tres tipologías: la arteterapia como búsqueda y expresión personal, ya que las creaciones permitieron la exploración de sí mismos y la expresión de acuerdo a su subjetividad, recursos y vivencias propias. Como expresión de emociones y formas de afrontamiento, hubo acuerdo en la expresión de emociones y el manejo del miedo. Por último, como medio de inclusión social sirvió como elemento de cohesión permitiendo a participantes percibirse como sujetos con las mismas posibilidades que cualquier persona.

En otro estudio realizado con pacientes oncológicos ingresados en el Northwestern Memorial Hospital, se implementó una intervención con arteterapia: “Un carro con material artístico”, el cual llegaba a la habitación cargado de materiales para trabajar arte. Dio como resultado la disminución de los síntomas en pacientes como la reducción del cansancio, del dolor, de la depresión, ansiedad, y otros mejoraron como el apetito y el bienestar (EEUU), (Espino, 2006)

A fin de abordar el sufrimiento de los estados terminales, Nadia Collette (2006) Master en Arte-terapia transdisciplinar y Desarrollo Humano, por el Instituto de Sociología y Psicología Aplicada, Barcelona, implementó una intervención llamada “Hasta llegar, la vida Arte-terapia y cáncer en fase terminal” con el objetivo de comprobar y evaluar la eficacia de la arteterapia en aspectos emocionales del enfermo terminal, aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares, en un enfoque del aquí-ahora. Fue llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Sant-Pau, de Barcelona, subvencionado por la Sociedad Española de Oncología Médica.

El diseño escogido es el de una intervención pre-post data, después de dar formalmente su acuerdo para participar en las sesiones, se les pasa los cuestionarios antes y después de la intervención arte-terapéutica al grupo control y experimental.

Resultados preliminares sobre una treintena de casos expresados en proporciones generales, indicó que aproximadamente tres de cada cuatro pacientes evaluables aprecian de “bastante” a “mucho” la actividad de arte-terapia y afirman sentirse “mejor” gracias a ella, mientras un 20% dice que le gusta “un poco”. A la casi totalidad de los familiares entrevistados (96%), le agrada que se proponga esta actividad a su ser querido enfermo. Se concluyó que el arte-terapia se evidencia como una valiosa herramienta para ayudar a pacientes de cáncer en estado terminal a expresarse simbólicamente, a través de los materiales artísticos, de los colores y de las formas, representando su lucha interna entre el daño provocado por la enfermedad y la fuerza reparadora personal (Collette, 2006).

En Panamá, no se encontraron precedentes que contemplen las variables del presente estudio en una muestra de pacientes con cáncer, sin embargo, se puede hacer referencia a cuatro investigaciones que comparten algún aspecto con esta investigación. Una de ellas fue la investigación realizada por Lina Rivas en el 2004, bajo el título “Intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, tendiente a mejorar el estado psicológico y la calidad de vida durante los tratamientos”, cuyo objetivo fue brindar una intervención psicoterapéutica a un grupo de mujeres, pacientes de cáncer de mama del Instituto Oncológico Nacional y luego analizar la efectividad de la estrategia.

terapéutica, a través de la mejoría del estado psicológico general y la calidad de vida de las pacientes

Esta intervención se realizó a través de un Programa psicoterapéutico mixto, que combinó sesiones psicoterapéuticas individuales y grupales para mejorar los síntomas psicológicos derivados del impacto del diagnóstico de cáncer, de los tratamientos químicos y quirúrgicos y en su conjunto influyen sobre la calidad de vida de las pacientes

Los resultados evaluados por el SCL-90 Cuestionario de 90 síntomas y Rotterdam Symptom Check List RSCL, demostraron, que aunque no todas las escalas reflejaron una mejora estadísticamente significativa, cualitativamente, la mayoría de las participantes presentaron cambios en su estado psicológico en general como en su calidad de vida. El análisis de estos resultados muestra que la intervención psicoterapéutica en pacientes con cáncer de mama es eficaz y necesaria

En cuanto al arteterapia, en 1998, Isish D. Carvajal realizó un estudio titulado “Las artes plásticas aplicadas como terapia en las correccionales panameñas” para optar al título de licenciada en artes plásticas y visuales, el estudio contó con una parte teórica, los seminarios-talleres de experimentación, la realización de obras artísticas en los talleres de tallado, escultura, pintura y dibujo en la cárcel La Joya y el centro de rehabilitación El Renacer

Mediante este estudio se pudo conocer, que las artes plásticas han permitido a los reclusos participantes hacer y crear imágenes, que sienten y lo proyectan, los trazos fuertes de color expresan los sentimientos propios de dolor, angustia y conflicto. Además, refleja una muestra de esperanza y necesidad de ayuda. El resultado del producto de este programa ensancha la vía para el conflicto de la comunicación interna de los presos y permite observar sus problemas

Los prisioneros se expresaron de una manera original logrando de sus trabajos unas obras artísticas modernas, además, de adquirir conocimientos artísticos y una nueva forma para la autorecuperación emocional

Liz Monroy en el 2007, realizó un estudio con un enfoque cualitativo, titulado “Arteterapia, depresión y violencia intrafamiliar”, con el objetivo de describir el efecto que los talleres de arteterapia tienen sobre los síntomas depresivos en una muestra de mujeres que han sido víctima de violencia intrafamiliar, que asistían al Centro de Desarrollo de la Mujer CEDEM. Esta correspondía a cuatro mujeres con edades entre 25 a 35 años, que presentaban síntomas depresivos, estos fueron medidos con el Inventario de Depresión de Beck y la observación participativa.

Los resultados revelaron, que se encontraron efectos favorables de los talleres en las mujeres, quienes participaron en el estudio, por lo tanto concluyeron, que los talleres de arte fueron positivos en la disminución de los síntomas depresivos de la muestra. Sin embargo debido al tipo de estudio y selección de la muestra, estos resultados no se pudieron generalizar.

Por último, Rolando Jaén Caballero en el 2000, realizó “Un programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos, una experiencia de grupos” en la Policlínica del Seguro Social J. J. Vallarino. Trabajó con una muestra de nueve pacientes diagnosticados con trastornos depresivos, ansiedad y dolores crónicos, los cuales fueron tratados con el programa de entrenamiento en competencias de afrontamiento. Los instrumentos que empleó en su estudio fueron la Escala de Depresión de Beck, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y la entrevista clínica.

Su investigación se basó en estudios de caso de intervención terapéutica. Finalizado su tratamiento, los resultados demostraron, que los síntomas de ansiedad estado y depresión disminuyeron, no así los síntomas de ansiedad rasgo. Jaén Caballero concluyó que la Terapia Cognitiva Conductual de grupo es válida y eficaz para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en este grupo de pacientes.

2. Generalidades del Cáncer.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y el número total de casos está aumentando en todo el mundo.

Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población

En las estimaciones se ha tomado en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Se estima, que durante el mismo período el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030, según expertos de la Organización mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, Abril 2003)

2.1 Definición.

El cáncer es una enfermedad conocida desde las antiguas civilizaciones. Su nombre deriva de la palabra *kankros*, que significa cangrejo y hace referencia a la similitud en que el animal y la enfermedad "atrapan" y destrozan a sus víctimas.

Para la Organización Mundial de la Salud OMS (2003: 12), el cáncer es

“un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”

Por su parte, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (2013) hace referencia a este como un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos.

Generalmente, las células crecen y se dividen para producir más células sólo cuando el cuerpo las necesita. Pero, a veces, las células siguen dividiéndose aun cuando el cuerpo no las necesita. Estas células adicionales pueden formar una masa, que se denomina tumor. Los tumores pueden ser benignos, es decir, no cancerosos, o malignos, es decir, cancerosos.

Las células de cáncer pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo y diseminarse a otras partes del cuerpo por medio de la sangre y los sistemas

El cáncer se produce cuando el sistema inmunológico no es lo bastante fuerte para destruir las células cancerosas en el momento de su aparición. De manera tal, que muchos científicos afirman que cuando el cáncer ya se ha afianzado, si se refuerza al sistema inmunológico, este puede recobrar fuerzas para destruir las células cancerosas y aumentar la probabilidad de recuperación.

Enfermos de cáncer, que participan en la lucha por recuperarse pueden aumentar sus posibilidades de recuperación y probablemente mejoraran su calidad de vida.

En el caso de médicos, administran sustancias químicas como interleucina-2 e interferón. Igualmente, manifiestan que el sistema inmunológico responde satisfactoriamente a emociones agradables, es decir que estas lo fortalecen, por lo tanto tiene un efecto positivo en el curso de la enfermedad (Cairns, 1981).

2.2 Tipos de cáncer.

Las células de cáncer dañan los órganos y los tejidos que invaden, causando una variedad de síntomas. Existen diferentes tipos de cáncer, de acuerdo con estudios del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2013) hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría toma el nombre del órgano o células en donde empiezan, y los síntomas pueden variar en gran medida según el lugar o los órganos y tejidos que resultan afectados.

La mayoría de los cánceres malignos pueden clasificarse en tres grandes grupos, según el Instituto Nacional de Cancerología E S E Colombia. Ministerio de la Protección Social (2004).

- **Carcinomas**, se originan en los estratos celulares o epitelios, es decir que empieza en la piel o en tejidos, que revisten o cubren los órganos internos, por ejemplo, la

piel, el tracto respiratorio, intestinos, mama, páncreas, tiroides Hay varios subtipos de carcinoma, entre ellos los más comunes son

- **Adenocarcinoma:** empieza en las células glandulares (secretoras) La mayoría de los cánceres de mama, páncreas, pulmón, prostata y colon son adenocarcinomas
- **Carcinoma de células basales:** empieza en la parte más interior de la epidermis (la capa externa de la piel) Se puede parecer a un bulto pequeño blanco o del color de la carne que crece lentamente y puede sangrar Generalmente se encuentran en áreas de la piel expuestas al sol, hacen metástasis (se diseminan) con poca frecuencia hasta otras partes del cuerpo Son las formas más comunes de cáncer de piel También se llama cáncer de células basales
- **Carcinoma de células escamosas:** empieza en las células escamosas estas son células delgadas y planas que se encuentran en el tejido que forma la superficie de la piel, el revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y el revestimiento de los aparatos respiratorio y digestivo La mayoría de los cánceres de ano, cuello uterino, cabeza y cuello, y vagina son carcinomas de células escamosas También, se llama carcinoma epidermoide
- **Sarcomas,** este tipo de cáncer que empieza en el hueso o en los tejidos blandos del cuerpo, como el cartílago, la grasa, los músculos, los vasos sanguíneos, el tejido fibroso u otro tejido conjuntivo o de sostén
Los diferentes tipos de sarcoma dependen del lugar donde se forma el cáncer Por ejemplo, el osteosarcoma se forma en los huesos, el liposarcoma se forma en la grasa y el rabdomiosarcoma se forma en el músculo

- **Cánceres originados en las células productoras de leucocitos (glóbulos blancos de la sangre) y el sistema inmunitario (linfocitos)**

El Instituto Nacional del Cáncer, NCI de Estados Unidos (2013), realiza una clasificación similar, aunque divide el último en dos grupos separados e incluye otro tipo de cáncer, estos son

- **Leucemia** empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre
- **Linfoma y mieloma** empiezan en las células del sistema inmunitario
- **Cánceres del sistema nervioso central** empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal

2.3 Etiología y factores de riesgo.

Luego de años de numerosos estudios, se habla mucho sobre las causas del cáncer sin poder aun establecer cuáles son éstas, debido a que existe un grupo de factores, cuyos efectos actúan conjuntamente y predisponen la aparición del cáncer en las personas

Los factores de riesgo son elementos, que aumentan la posibilidad de contraer cáncer. La mayoría de los cánceres probablemente se relacionan con más de un factor de riesgo.

Algunos de estos factores pueden incluir elementos tales como

- **Sustancias químicas y medio ambiente** como el asbesto. La exposición a este mineral puede aumentar el riesgo de asbestosis, de otros trastornos no cancerosos de pulmón y de la pleura, de cáncer de pulmón, de mesotelioma y de otros cánceres (International Agency for Research on Cancer, 2009)
- **Alcohol:** aumenta el riesgo de presentar cánceres de la cavidad oral (excluyendo los labios), de faringe (garganta), de laringe, esófago, hígado, seno, de colon y recto (International Agency for Research on Cancer, 2010)

- **Genética:** Las mutaciones heredadas tienen una función principal en la formación de casi 5 a 10% de todos los cánceres. Se han identificado mutaciones genéticas asociadas con más de 50 síndromes hereditarios de cáncer (Offit J E , 2005)
- **Agentes infecciosos:** Está demostrada la asociación entre infecciones ocasionadas por diferentes virus y cáncer
 - **Infección por VIH:** Un sistema inmunitario debilitado por el VIH, la infección conjunta por otros virus y los factores de riesgo tradicionales contribuyen todos a un riesgo mayor de cáncer (Ministerio de Salud de Argentina, 2007)
 - **Virus de la Hepatitis B (VHB):** la hepatitis puede provocar cáncer hepático. A nivel mundial se estima que un 25% de los adultos con infección crónica adquirida en la infancia mueren de cirrosis o de cáncer hepático relacionados con el VHB. Este virus se transmite entre las personas por contacto directo de sangre a sangre o a través del semen o las secreciones vaginales de una persona infectada (Idem)
 - **Virus del papiloma humano:** Los virus del papiloma humano *de alto riesgo* causan prácticamente todos los cánceres cervicales. Ellos causan también la mayoría de los cánceres de ano y algunos cánceres de vagina, vulva, pene y orofaringe. La mayoría de las infecciones por VPH no causan cáncer. Muchas infecciones por VPH desaparecen por sí mismas en 1 o 2 años. Sin embargo, las infecciones, que duran muchos años aumentan el riesgo de presentar cáncer (Unidad de Ensayos Clínicos de Servicio y Unidad de Estudios Epidemiológicos, Universidad de Oxford, Headington, Reino Unido , 2006)

- **Luz solar:** Cualquier persona puede padecer cáncer de piel. La luz del sol causa daño por los rayos ultravioleta, (los cuales son solo una parte de la luz del sol). Además, el sol no es el único causante del cáncer de piel. Existen otras causas. Es por eso que el cáncer de piel se puede encontrar en lugares del cuerpo que nunca han estado expuestos al sol (Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, 2011)
- **Peso:** En varias de las últimas décadas, el porcentaje de adultos y niños con sobrepeso y obesos ha aumentado considerablemente. La obesidad está asociada con riesgos mayores de los cánceres de esófago, de seno (después de la menopausia), de endometrio (el revestimiento del útero), de colon y de recto, de riñón, de páncreas, de tiroides, de vesícula biliar y posiblemente de otros tipos de cáncer (Ballard-Barbash R, 2010)

2.4 Incidencia.

Según el Informe mundial sobre el cáncer presentado en Ginebra, el 3 de abril de 2003, el análisis mundial de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 45% hasta el 2030, en el que habría 15,5 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra, que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, abril 2003)

En Panamá, según estadísticas del Instituto Oncológico Nacional (ION), durante el 2010 se registraron unos 3,411 casos de cáncer en general, siendo el cáncer de mama (409 casos) el de mayor incidencia, seguido por el cáncer de próstata (261 casos) y el cáncer de cuello del útero (253 casos) (Valverde, 2012)

Es importante acentuar, que en Panamá la incidencia de muertes por cáncer (tumores malignos) ocupa el primer lugar de las mismas, según estadísticas de 2007, de la Contraloría General de la Nación, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón (Ídem)

De estos canceres el localizado en la próstata es el que más defunciones registra. Según estadísticas de 2007, de la Contraloría General de la Nación, representan unas 305 muertes al año. Seguido del cáncer de estómago (265 muertes), tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (236 muertes). Si bien, la incidencia por cáncer de mama es la más alta según cifras del ION, es el cáncer de próstata el que más muerte causa en el país según estadísticas de 2003 al 2010 de la Contraloría (Ídem).

2.5 Tratamiento.

El tratamiento para esta enfermedad se basa en muchos factores, incluyendo el tipo y etapa del cáncer, si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas y si el cáncer produce en exceso o no un gen llamado HER2/neu.

En general, para combatir el cáncer pueden emplearse diversos tratamientos, según lo describe el Instituto Nacional de Cancerología E S E Colombia (2004).

- **Quimioterapia:** usa medicamentos (fármacos) para destruir, parar o demorar el crecimiento de las células cancerosas. Pero, también puede afectar otras células.
- **Radioterapia:** uso de un tipo de energía (radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético y hacer imposible que crezcan y se dividan.
- **Cirugía** para extirpar el tejido canceroso.
- **Hormonoterapia** se emplean para bloquear ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer.

- **Terapia dirigida:** Las terapias dirigidas contra el cáncer son fármacos u otras sustancias que bloquean el crecimiento y la diseminación del cáncer al interferir con moléculas específicas implicadas en el crecimiento y el avance de tumores

2.6 Terminado el tratamiento.

Finalizado el tratamiento del cáncer los/as pacientes sienten generalmente alivio de haber superado las exigencias del mismo, sin embargo, puede sentir tristeza y preocupación. Esta preocupación surge por el temor de que regrese el cáncer y es que después del tratamiento experimentan cambios, algunos de estos son

- Cansancio
- Dolor, hinchazón-
- Cambios en el sistema nervioso (neuropatía)
- Problemas de boca o de dientes
- Cambios de peso y en los hábitos alimenticios
- Problemas para controlar la vejiga o el intestino

Así como el tratamiento del cáncer afecta su salud física, puede también afectar cómo estas personas se sienten, piensan, y realizan sus actividades. Es normal tener muchos sentimientos diferentes después de terminado el tratamiento por lo que además del cuidado físico, deben cuidar sus emociones.

La experiencia que tiene cada persona sobre el cáncer y el tratamiento es diferente, y los sentimientos, emociones y temores, que tiene son únicos, pero en general los sentimientos comunes que tienen son

- Preocupación por su salud
- Tensión
- Depresión y ansiedad
- Enojo
- Soledad

Estos problemas pueden ser tratados mediante diferentes terapias

3. Factores psicológicos que afectan el estado físico.

Una persona puede desarrollar una depresión o manifestar ansiedad después de enterarse de un diagnóstico de cáncer, o por el contrario, padecía de depresión o ansiedad antes de conocer su diagnóstico y ésta condición puede afectar el desarrollo de su cancer, así como su capacidad para participar en el tratamiento

A pesar de que no existe una relación directa entre el cáncer y los estados emocionales, está científicamente documentado, que los estados emocionales positivos favorecen al buen funcionamiento del sistema inmunológico, y por ende favorece nuestra salud, al igual que influye en nuestro comportamiento para colaborar en los tratamientos médicos establecidos

Las enfermedades médicas, especialmente las crónicas, ejercen una fuerte influencia sobre aspectos psicológicos y viceversa Como lo indicado por Belloch (1997 61)

en el transcurso de los años se ha reconocido la influencia de los factores psicológicos en la etiología, curso y evolución de enfermedades como la diabetes, cardiovasculares, el cáncer, entre muchas otras

Además, de lo señalado, pacientes con cáncer son capaces de experimentar diferentes estados emocionales, por lo que pueden manifestar más de una condición psicológica desfavorable, referente a este aspecto señala Maté y Hollesstein (2004) que “*en los pacientes con cáncer se desencadenan síntomas de ansiedad que coexisten con síntomas depresivos*”

De tal manera, la medicina psicosomática se centra en la interacción de las variables fisiológicas y las psicosociales en la enfermedad, partiendo del hecho que existe una interacción entre las emociones y la enfermedad médica y en su etiología que corresponde a un modelo biopsicosocial (Reynoso E , 2005)

Por esta razón, es importante tomar en cuenta la presencia de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica como lo describe el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM IV-TR en el apartado de factores psicológicos, que afectan al estado físico

Según el DSM IV-TR (Francés y colaboradores, 2001), la característica esencial de estos factores psicológicos es que afectan de un modo adverso el estado médico general de diferentes formas, ya que pueden influir sobre el curso de una enfermedad médica o interferir en su tratamiento y constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona

Además, sugiere la existencia de evidencias razonables para establecer una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque generalmente, resulta difícil demostrar una causalidad directa o sus elementos subyacentes

Por consiguiente, la ansiedad y la depresión constituyen síntomas psicológicos que afectan el desarrollo y tratamiento de pacientes con cáncer

3.1 Ansiedad.

La ansiedad se define como un sentimiento de inquietud o miedo. Es una experiencia humana normal que, en su forma más sana, alerta al cuerpo, para que responda ante una amenaza. Sin embargo, la ansiedad intensa y prolongada es un trastorno que puede interferir en las relaciones y actividades cotidianas

“La ansiedad es en un principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas de supervivencia de las personas y a la vez es la reacción que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos”
(Fernández Abascal, 1997: 264)

Agudelo y colaboradores, (2007 34) citan a Lang (2002) quien señala, que la ansiedad es *“una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros”*

Por su parte, Beck y Emery (1985 193), se refiere a la misma como *“la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas”*

Para Lazarus (1976), la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

En terminos generales, la ansiedad es un estado emocional, donde el individuo se siente tenso, nervioso preocupado o atemorizado y a su vez se causa una serie de síntomas físicos y psíquicos.

Como lo antes señalado en los conceptos, a la ansiedad se le considera una respuesta adaptativa si es proporsional a la amenaza y sólo dura mientras persiste el estímulo, de lo contrario se considera desadaptativa y por ende, contituye un problema.

Esta condición resulta difícil de considerar en pacientes oncológicos debido a la naturaleza de la amenaza, que por sus características de enfermedad grave, de larga evolución, de múltiples tratamientos y pronóstico incierto, suele mantener por un largo periodo una alteración sobre el rendimiento y adaptación del paciente, lo que resulta patológico.

3.1.1 Causas de la ansiedad.

La ansiedad, al igual que otros sentimientos como el placer, la alegría, tristeza, ira, rabia y calma, son fundamentales en la vida de las personas, regulan la interacción con los demás y ofrecen un sistema de alarma que, sirven para afrontar situaciones de peligro o riesgo.

Estas emociones, están controladas por circuitos neuronales del encéfalo. En el caso específico de la ansiedad, su experiencia incluye tres tipos de componentes (Goleman, 1996)

- Un componente cognoscitivo
- Respuestas autonómicas, endocrinas y esqueleto-motoras
- Representaciones subjetivas del estado emocional

Muchas personas, que padecen una enfermedad crónica, pueden experimentar ansiedad acompañada de miedos que se desencadenan a causa de las incertidumbres relacionadas con el diagnóstico de cáncer

En los pacientes con cáncer las causas de la ansiedad se deben principalmente al patrón cognitivo asociado al proceso de la enfermedad

El miedo a la muerte suele ser una preocupación principal. Entre otros miedos frecuentes se incluyen la posibilidad de que el cáncer reaparezca o se disemine después del tratamiento, experimentar efectos secundarios del tratamiento, perder el control sobre las decisiones de vida futuras, volverse dependiente de otras personas y que la dinámica de las relaciones cambie. También, problemas emocionales como la anticipación al sufrimiento propio y el de allegados, problemas sociales de tipo económico como pérdida del empleo o incapacidad laboral.

3.1.2 Síntomas de la ansiedad.

La característica esencial de este trastorno es un sentimiento de desazón y desasosiego generalizados y persistentes, que no están referidos a ninguna circunstancia ambiental en particular. La persona manifiesta estar siempre nervioso, así como de sentir temblores, tensión muscular, exceso de sudoración, mareos y vértigos, taquicardia, y molestias epigástricas.

Para que el trastorno de ansiedad sea diagnosticado como tal, la persona debe presentar síntomas de ansiedad casi todos los días durante varias semanas seguidas (Agudelo y colaboradores, 2007)

Los síntomas de la ansiedad pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales según lo señalado por Maté y Hollesstein (2004)

- **Síntomas somáticos:** alteraciones del ritmo cardíaco, sensación de ahogo, disnea, presión torácica, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, inestabilidad, mareos, cefalea, tensión muscular, sudoración, escalofríos, sofocaciones, temblores, cansancio, dolor, pérdida de apetito, insomnio, disminución de la libido
- **Síntomas cognitivos:** pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento, miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás, sobre generalización, catastrofización, magnificación de los aspectos negativos y minimización de los aspectos positivos, abstracción selectiva, indefensión, pensamientos de culpa, desrealización, despersonalización, miedo a perder el control
- **Síntomas conductuales:** aislamiento social, evitación de los estímulos temidos, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud interna, agitación psicomotriz

La ansiedad se puede manifestar, en el momento del diagnóstico de la enfermedad o de la recidiva, cuando el paciente está esperando un nuevo tratamiento o durante el tratamiento y en los estadios avanzados o terminales (Ídem)

3.1.3 Tratamiento:

Es importante identificar y tratar la ansiedad debido a su alta prevalencia en pacientes oncológicos, a su capacidad para interferir en la calidad de vida de los mismos y porque puede disminuir sus capacidades para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo

El tratamiento para la ansiedad debe integrar medidas farmacológicas y psicoterapéuticas

- **Tratamiento farmacológico** están basadas en la administración de medicamentos, que actúan especialmente disminuyendo la ansiedad, controlando náuseas y vómitos condicionados a la quimioterapia, relajante muscular, sedación. Algunos de estos son
 - **Benzodiazepinas (ansiolíticos)**
 - **Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS)**
 - **Antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la monoaminoxidasa (MAO)**

Estos medicamentos sólo son prescritos por un médico especialista, luego de una evaluación de los síntomas que presenta el/la paciente (Agudelo y colaboradores, 2007)

- **Psicoterapias** El empleo de la psicoterapia pretende conseguir que la persona utilice los aspectos emocionalmente correctivos para lograr un bienestar integral. Entre ellas
 - **Grupos psicoeducativos** El propósito de los grupos psicoeducativos es ofrecer conocimientos acerca de los psicofármacos, los síntomas premonitorios de nuevas crisis, técnicas de relajación, y métodos para convivir y tolerar mejor el estrés cotidiano.
 - **Psicoterapia cognitivo conductual** En éstas, el/la paciente aprende estrategias para reconocer los síntomas de ansiedad y las posibilidades para su modificación, técnicas de control de pensamientos y prevención de respuesta, resolución de conflictos, asertividad, entre otros aspectos. Aunado a las técnicas de relajación muscular progresiva y de respiración, relajación en imaginación, entrenamiento en comunicación asertiva, ventilación emocional, entre otros.

3.2 Depresión.

La depresión es un trastorno caracterizado por sentimientos como tristeza, apatía, culpa, desesperanza e irritabilidad que persiste en forma constante durante más de dos semanas y afecta negativamente las relaciones y actividades cotidianas de la persona

Navarro (1990 78), define la depresión como *“Una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración etcétera, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió”*

Además, señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y actividades que antes disfrutaba. Igualmente dificulta las relaciones con los demás

Por su parte Katz, citado por Navarro (1990 77) define la depresión como *“ un conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales ”*

Según declaraciones de la OMS (Febrero, 2013), se prevé que para el año 2020, esta patología será la causa más importante de incapacidad y muerte después de las enfermedades cardiovasculares

Depresión es una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo cuya principal manifestación es un estado anímico bajo. Los trastornos depresivos representan el grupo de trastornos más frecuentemente atendidos

La depresión es la mayor causa de discapacidad en los países desarrollados y será el principal motivo en todo el mundo en 2020, según la OMS (Goncalves E y colaboradores, 2008)

En pacientes con cáncer, la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional importante, que suele afectarle de manera global, es decir, a nivel físico, psicológico y social

Es frecuente, que pacientes oncológicos experimenten trastornos de estado de ánimo depresivo, sin embargo, muchas veces estos trastornos no son tratados, porque no son diagnosticados, ya que suelen considerarse comúnmente como reacciones normales a la enfermedad

3.2.1 Causas de la depresión.

Entre las principales causas de la depresión podemos encontrar tanto factores genéticos, fisiológicos, personales como ambientales (Carroll y colaboradores, 1993)

- **Factores genéticos** presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión
- **Factores fisiológicos:** La aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales
- **Factores personales:** El sexo Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres La edad también, es un factor influyente, y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas
- **Factores ambientales:** Se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar, de salud, otro)

En este sentido, en las personas con cáncer, la depresión es más frecuente, ya que a menudo luchan para sobrellevar la incertidumbre, el miedo, el sufrimiento, los cambios físicos, los desafíos relacionados con el tratamiento, los cambios en las relaciones y las cargas económicas

Además, algunos tratamientos contra el cáncer pueden provocar cambios en el sueño y el estado de ánimo, lo que contribuye a que se genere depresión o hace que la depresión empeore

Aunque, la depresión es más frecuente entre las personas con cáncer, no debe considerarse como una parte aceptable de la vida con cáncer. Es importante identificarla y luego controlarla para mejorar la calidad de vida durante el proceso del cáncer

3.2.2 Síntomas de la depresión.

Diversos organismos han establecido, en función de la presencia de determinados signos clínicos, la clasificación de la depresión. Los más usados a nivel clínico y de investigación son los reflejados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

De acuerdo con, la clasificación de la CIE-10 se emplea un listado compuesto por diez síntomas depresivos generales para su diagnóstico, y otro listado más amplio para la clasificación del episodio como leve, moderado o grave (con presencia o ausencia de síntomas psicóticos)

De forma general, deben existir al menos dos de estos tres síntomas típicos de la depresión como

- (1) Animo o humor depresivo no habitual en el paciente, constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma casi constante,
- (2) pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras,

(3) aumento de la capacidad de fatiga, o pérdida de la vitalidad habitual

La CIE-10 (2003) establece que un episodio depresivo se diagnostica a través de los siguientes parámetros

- 1 Estado de ánimo depresivo, de duración no inferior a dos semanas**
- 2 Situación no atribuible al empleo de sustancias psicoactivas o a la presencia de algun trastorno mental orgánico**
- 3 Presencia de síndrome somático en otras clasificaciones se denominan “síntomas melancólicos” o “síntomas endogenomorfos” Algunos de estos son**
 - Disminución o desaparición del interés y la capacidad de disfrute por las cosas que anteriormente resultaban placenteras
 - Ausencia de respuestas emocionales ante eventos que, generalmente, suelen desencadenar reacciones
 - Alteraciones del sueño es especialmente frecuente la incapacidad de conciliar el sueño (insomnio de conciliación), la de mantenerlo durante más de dos horas consecutivas (insomnio de mantenimiento), o despertarse al menos dos horas antes de la hora prevista
 - Empeoramiento progresivo durante el día del humor depresivo
 - Aparición de lentitud en las funciones motoras o agitación
 - Disminución marcada del apetito
 - Disminución del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito) de al menos un 5% en el último mes evaluado
 - Disminución marcada o ausencia de apetito sexual
 - Pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo Sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo
 - Auto-reproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada
 - Pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas
 - Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento Suele acompañarse de falta de decisión

3.2.3 Tratamientos para la depresión.

Por medio de diversos estudios, como los anteriormente señalados, se ha demostrado que la psicoterapia es efectiva en el tratamiento de la depresión, este tipo de intervención terapéutica también se emplea combinada con el tratamiento farmacológico, en caso de que él o la paciente lo ameriten

- **Tratamiento farmacológico de la depresión.**

De forma general, el tratamiento farmacológico de la depresión se suele limitar a los cuadros depresivos moderados o graves. En pacientes diagnosticados de depresión leve no se suele recurrir a terapia farmacológica, debido a su estrecho perfil beneficio-riesgo (Espino, 2006)

Los tratamientos psicofarmacológicos son prescritos cuando el médico los considera necesario de acuerdo a la sintomatología de cada paciente, alguno de los principales fármacos son

- Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) que corresponden a los antidepresivos de primera elección para pacientes oncológicos debido a que tienen pocos efectos autonómicos secundarios
- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) se usan cuando predomina los síntomas de insomnio, pérdida de apetito y ansiedad
- Los psicoestimulantes (dextroanfetamina, metilfenidato) empleados para disminuir la fatiga, aumentar el sentido de bienestar y estimular el apetito

- **Tratamiento psicoterapéutico para la depresión.**

Según lo señalado por Navarro Arias (1990), las terapias psicológicas que se emplean con mayor frecuencia por su carácter específico son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TIP)

- **La terapia cognitivo-conductual.**

La terapia cognitivo-conductual ha sido empleada como uno de los tratamientos más efectivos para el manejo de la depresión, la duración de la terapia variará en función del tipo de depresión diagnosticada, la situación personal del/la paciente y la evolución de este/a

Estas terapias se basan en el supuesto de que las cogniciones falsas subyacen en los problemas emocionales y de conducta, por lo que pretende modificarlo empleando técnicas tanto cognitivas como conductuales

El modelo cognitivo conductual propone que *"todas la perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influyen en el estado de ánimo y en la conducta del paciente (Beck, 2000 17)*

El principio fundamental es su naturaleza educativa, la cual tiene como propósito enseñar a la persona a identificar sus distorsiones cognitivas, las emociones, los comportamientos y las respuestas fisiológicas que surgen del pensamiento disfuncional y enseñarle a modificarlos por otros más adaptativos

La psicoterapia induce la modificación en el comportamiento, en las condiciones autoreguladoras y en las estructuras cognitivas. De tal manera, que los/as pacientes aprenden a interpretar las cosas de diferentes maneras, a verse a sí mismos desde una perspectiva menos demandante y más realista, encontrando mayores posibilidades para resolver sus problemas (Reynoso E , 2005)

Para una mejor comprensión se trabaja mediante el modelo A B C, que consiste en que cuando estamos en una determinada situación (A) hacemos una evaluación o interpretación de la misma (B) lo cual provoca una reacción emocional y un comportamiento (C). Es decir postula que, aunque la situación o evento es importante, por sí misma no es la que causa la emoción y la conducta sino que es la combinación de la situación más la interpretación, la que la provoca (Beck, 2000)

- **Otros tratamientos para la depresión.**
 - **Autoayuda guiada** su objetivo es que los pacientes adquieran capacidades de autocontrol y manejo de la sintomatología de este trastorno. Se emplean tanto soportes bibliográficos, como materiales digitales.
 - **Ejercicio físico:** está demostrada la capacidad del ejercicio físico para mejorar el bienestar personal, tanto físico como psíquico.

4 Arteterapia como tratamiento psicológico.

“Una vida mejorada, una respuesta en el camino, un ladrillo en la escalera, una sonrisa al terminar, esto es lo que motiva en el arte de curar. Una herida que se cierra con el uso de un crayón alojando en el dibujo su sentir o su emoción. Un vacío que refleja plenitud en el papel, con la ayuda de colores y otras veces con pincel” (Dondsich 12)

Las actividades artísticas son cada vez más valoradas por los especialistas en medicina, quienes se han percatado de su potencial y sus cualidades comunicativas, aspectos que respaldan el empleo de terapia del arte o arteterapia. Este procedimiento terapéutico parte de los ámbitos de la psiquiatría, psicología, educación artística.

4.1 Historia y evolución.

Aproximadamente, desde la década de los treinta hasta los años sesenta del siglo pasado, esta corriente comienza a desarrollarse en Estados Unidos y el Reino Unido. Durante este periodo la materia va adquiriendo mayor grado de autonomía e identidad.

Luego, entre la década de los sesenta y finales de los setenta, surgen una serie de acontecimientos, como el auge de la psicología y las terapias grupales, la aplicación de nuevas corrientes psicoterapéuticas, factores, que favorecen el panorama arteterapéutico del momento

Surgen las primeras asociaciones de arteterapia, como lo son BAAT en Inglaterra en 1964 y la AATA en los Estados Unidos en 1969 (Asociación Americana de Arteterapia (AATA), 2014)

A finales de la década de los ochenta se da el afianzamiento del campo arte terapéutico en los países pioneros. Las asociaciones adquieren un papel más activo en la organización de los derechos y la consecución del reconocimiento, validación y control profesional y académico

4.2 Conceptualización del arteterapia.

El arteterapia es una profesión asistencial que bebe de la psicoterapia de orientación psicodinámica en la que el uso de materiales plásticos sirve como punto de partida para el trabajo terapéutico, según Granell (2012). Esta autora señala, que la función del arteterapia recae en contener y ayudar a pensar, elaborar y dirigir aquello que emerge de la comprensión de los estados emocionales. *En este sentido la creación se convierte en un vehículo para comunicarse y expresar sentimientos y pensamientos personales, lo que facilita la proyección de sentimientos dolorosos de manera simbólica en la propia creación (Granell, 2012 1)*

4.3 Enfoques psicológicos de arteterapia.

4.3.1 Arteterapia psicodinámica.

Las raíces del arteterapia están vinculadas a las teorías psicoanalíticas. Su base teórico-metodológico parte de las teorías de Freud, el cual atribuye los problemas psicológicos

a la existencia de conflictos internos, durante el período infantil y que afectan en la vida del sujeto de forma inconsciente en la vida adulta (Ídem)

El arteterapeuta psicoanalítico tiene la función principal de ayudar a pacientes a relacionar sus síntomas actuales con aquellos conflictos inconscientes, a través de la mediación plástica. Este tipo de obras ayudan a traer a la conciencia los bloqueos inconscientes con la posibilidad de racionalizarlos de manera más realista. *“El arteterapia no trata de resolver los conflictos intrapsíquicos, sino que los pone en escena dentro de la propia trama narrativa, lo que permite iniciar con la superación de las contrariedades”* (Klein, 2006 33)

En este enfoque se destacan Margaret Naumburg, psicoanalista, artista y educadora neoyorquina quien basó su trabajo en la teoría de Freud, el simbolismo universal de Jung y las ideas de psiquiatría interpersonal de Harry Stack Sullivan, y Edith Kramer, de origen austriaco, impulsó la arteterapia norteamericana en el ámbito escolar con adolescentes y niños y guía su trabajo en la integración y curación del proceso creativo, el cual requiere de poca elaboración verbal por el paciente. Naumburg y Kramer son consideradas pioneras de esta terapia, fueron las primeras arteterapeutas, que basaron su metodología en las teorías freudianas (Ídem)

4.3.2 Arteterapia humanista

El arteterapia con orientación humanista concibe al ser humano desde una perspectiva holística, es decir, que la personalidad no se tiene en cuenta como la suma o yuxtaposición de funciones y procesos cognitivos, conductuales y emocionales, sino como un sistema organizado diferente y particular de cada sujeto, y este proceso está en desarrollo continuamente.

El marco conceptual de este enfoque se fundamenta esencialmente en la comprensión y puesta en marcha de los aspectos saludables y positivos del ser humano (Serrano, 2007)

4.3.3 Arteterapia conductual

El conductismo inicia a principios del siglo XX, la oposición de esta corriente con relación al psicoanálisis consiste en que la terapia conductual no considera que la expresión de una conducta problemática sea un síntoma de algo que subyace en el inconsciente, sino que estas son el resultado de un repertorio de fenómenos aprendidos y mantenidos según las variables del entorno (Klein, 2006)

La función principal del arteterapia conductista es crear un ambiente en el cual se puedan reforzar las conductas positivas y deseadas, y reducir las negativas. Para ello se debe evaluar al paciente con la conducta específica que manifiesta, a fin de identificar y observar la conducta que causa malestar.

Con el tratamiento cada paciente aprende a programar sus actividades plástico- visuales y observar qué les causa placer y dominio al potenciar la sensación de control de sus vidas. Esta terapia no trata de resolver el problema sino de reducir y cambiar el comportamiento que lo causa.

4.3.4 Arteterapia cognitivo-conductual

La arteterapia cognitivo-conductual interviene sobre aquellos pensamientos disfuncionales, estados emocionales o conductas que distorsionan la percepción que tiene la persona de sí misma, de los demás y de su entorno.

Los procesos cognitivos influyen en la conducta del individuo, por tanto existe una relación entre estos aspectos con las expresiones emocionales, el ambiente y la conducta, los cuales son expresados mediante el proceso de creación y perpetuados en la obra resultante (López, 2009).

El arteterapia cognitiva conductual tiene como objetivo principal, tomar conciencia de aquellos esquemas cognitivos personales que provocan malestar y ofrecer nuevas vías para su modificación, combinando una serie de técnicas cognitivo-conductuales con el

uso de los medios artísticos. Los arteterapeutas de esta corriente ayudan a desarrollar la inteligencia emocional y a fortalecer la inteligencia.

El enfoque cognitivo-conductual aplicado en arteterapia intenta ayudar al paciente a identificar y analizar los significados personales distorsionados causantes de su malestar.

Técnicas empleadas en arteterapia cognitiva conductual. (Valiente, 2006):

- **Técnica de visualización guiada**

La visualización usualmente involucra un programa con metas y objetivos fijos, los pacientes son guiados a visualizar sus metas y a trabajar para obtenerlas. Incluye la imaginación de cierta meta para ayudar a acoplarse con los problemas de salud.

La aplicación terapéutica de la visualización para pacientes con cáncer tiene grandes beneficios en la aplicación de terapias psicológicas del cáncer:

- Disminuir el sufrimiento y ayudar a controlar el dolor.
- Mejorar la calidad de vida.
- Aumentar la sensación de dominio y control sobre la situación de la enfermedad.
- Mejorar la adaptación a la enfermedad.
- Reducir la ansiedad y la depresión.

- **Técnicas de respiración y relajación.**

Las técnicas de relajación, entre ellas y muy particularmente, la respiración abdominal, se utilizan para reducir o prevenir la sobre-activación fisiológica producida por la ansiedad, el estrés, la depresión y otros factores psicológicos, aunque por si solas son insuficientes para un control efectivo del este problema. Han de venir acompañadas de una serie de medidas sobre las fuentes específicas de ansiedad, estrategias de afrontamiento, administración de tiempos, recursos, apoyos, preocupaciones, otro.

Es importante utilizarlas regular y sistemáticamente, para beneficiarse de su potencial eficacia (Ídem)

4.3.5 Arteterapia multimodal.

Las características particulares del arteterapia permiten una amplia cantidad de variaciones, de hecho muchos arteterapeutas a pesar de que establecen un enfoque metodológico particular, emplean conceptos y métodos de distintas disciplinas con la finalidad de ajustar su labor a las necesidades o personalidades del paciente

4.4 Procedimiento terapéutico de arteterapia.

A pesar de las diversas orientaciones teóricas empleadas en la práctica arteterapéutica y sus rasgos multidisciplinarios, existen una serie de factores que suelen estar presentes en las intervenciones de arteterapia

Se da a conocer sus usos, características y funciones, se contemplan una serie de elementos, estos ayudan a establecer la relación terapéutica, el marco espacial y temporal, las técnicas y materiales plásticos y visuales

La estructura de las sesiones que consta de tres partes inicio, tratamiento y cierre (Serrano, 2007)

III. MARCO METODOLÓGICO.

1. Diseño de la investigación.

La modalidad de la investigación seleccionada responde a un diseño cuasi-experimental, con grupo control, con muestras pretest – posttest (Kazdin, 2001), dado que permite evaluar el efecto de la intervención, aunque, los sujetos fueron seleccionados según los criterios requeridos en el estudio y posteriormente, distribuidos al azar en los grupos control y experimental

Como se representa a continuación

G1	<u>O X O</u>
G2	O O

En donde

G1 grupo experimental

G2 grupo control

O observación o medición (pretest y posttest)

X tratamiento

2. Hipótesis.

H1. Los niveles de ansiedad de pacientes con cáncer que participan de la arteterapia cognitiva conductual, son menores que los niveles de ansiedad de pacientes con cáncer que no participan de la arteterapia cognitiva conductual

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad de pacientes con cáncer que participan de la arteterapia cognitiva conductual, con pacientes con cancer que no participan de dicha terapia

H2: Los niveles de depresión de pacientes con cáncer que participan de la arteterapia cognitiva conductual, son menores que los niveles de depresión de pacientes con cáncer que no participan de la arteterapia cognitiva conductual

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión de pacientes con cáncer que participan de la arteterapia cognitiva conductual, con pacientes con cáncer que no participan de dicha terapia

3. Definición de variables.

3.1 Arte terapia (Variable independiente)

- **Definición conceptual:**

La arteterapia es una profesión de salud mental, estos utilizan el proceso creativo de “hacer arte” para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades. Basado en la creencia, que el proceso creativo involucrado en la expresión artística, ayuda a resolver conflictos y problemas, desarrolla habilidades interpersonales, favorece el manejo del comportamiento, ayuda a reducir el estrés, a fortalecer la autoestima y alcanzar el conocimiento de uno mismo (Asociación Americana de Arte Terapia, 2014)

- **Definición operacional:**

Intervención mediante la arteterapia cognitiva conductual propuesta para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. El tratamiento estuvo estructurado en once sesiones, las cuales se realizaron una por semana, con una duración de hora y media a dos horas cada sesión durante dos meses y tres semanas (Ver pto 6 más adelante)

3.2 Depresión (Variable dependiente)

- **Definición conceptual:**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud OMS, febrero 2013)

- **Definición operacional**

Puntajes obtenidos en el Inventario para la Depresión de Beck La puntuación máxima es de sesenta y tres La más baja es igual a cero (Bobes G y colaboradores, 2003)

3.3 Ansiedad (Variable dependiente)

- **Definición conceptual:**

Es un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenaza, acompañadas de actuaciones del sistema nervioso autónomo (Belloch, 1997)

- **Definición operacional:**

Puntuaciones obtenidas en el Inventario para la Ansiedad de Beck (1988) La puntuación máxima es de sesenta y tres La más baja es igual a cero Evalúa el resultado total para determinar el nivel de ansiedad

4. Población y muestra.

En la actualidad, la Asociación Nacional contra el Cáncer, ANCEC Capitulo de Veracruz, cuenta con una población de aproximadamente 185 pacientes, que representan la población con la que se realizó la investigación

Del total de la población se pudo contactar alrededor de 49 pacientes (26.5%) con diferentes tipos de cáncer a fin de contar con los sujetos necesarios para la distribución aleatoria de los mismos en los grupos experimental y de control

De esta muestra de sujetos se excluyeron los pacientes encamados y con poca movilización, dado la terapia a desarrollar. Además, estos pacientes debían tener niveles moderados a severos de ansiedad y depresión, lo cual se constató con la evaluación inicial de los participantes

Acudieron a la evaluación inicial 32 pacientes (17.3%), de los cuales se contó con una muestra de 20 pacientes que después de la evaluación (pretest) cumplían con los niveles necesarios de las variables en estudio, posteriormente se realizó la asignación aleatoria a los grupos experimental y control de tal manera que los grupos contaron de manera inicial con 10 participantes cada uno

Durante el estudio se registraron cuatro (4) pacientes retirados, dos sujetos de cada grupo, por las razones siguientes. Del grupo experimental se retiraron dos pacientes, uno se estaba sometiendo a tratamientos semanales de quimioterapia y el otro estaba en una fase muy avanzada de la enfermedad. En el grupo control un paciente estaba hospitalizado en Panamá y no estaba en condiciones de ser evaluado en el posttest y el otro no se logró localizar para la segunda evaluación

Finalizado el estudio, la muestra estuvo conformada por ocho (8) pacientes en el grupo control y ocho (8) en el grupo experimental (8.6 % del total de la población)

5. Técnica e instrumentos

5.1 Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple

Es uno de los instrumentos más utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971, bajo el título de BDI-1A, y el BDI-II, publicado en 1996. Se empleó la versión original adaptada y validada al castellano por Conde en 1975.

El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas (Bobes G y colaboradores, 2003).

La persona evaluada puntúa de 0 a 3 la intensidad con la que siente cada emoción.

La puntuación máxima que puede obtener el entrevistado sería de 63, mientras que la más baja sería 0.

Entre 1 y 10 puntos se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastante normales y está por completo fuera de peligro. Entre 11 y 16, una leve perturbación de su estado de ánimo, poco preocupante.

Entre 17-20 presenta un nivel de depresión intermedia. Entre 21-30 es depresión moderada. De 31 a 40, una depresión grave, y de 40 o más, una depresión extrema (Idem).

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración (Conde V, 1975).

Validez: Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS)

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6)

Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0,72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte 13) Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos (Ídem)

5.2 Escala de Ansiedad de Beck.

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad

Se basa en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL)

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo" La

puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerara sólo la de mayor puntuación) La escala de puntos va de 0 a 63 y los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual

Evalúa el resultado total para determinar el nivel de ansiedad De 0 a 7 puntos indica un nivel mínimo de ansiedad De 8 a 15, nivel de ansiedad leve De 16 a 25 puntos indica un nivel moderado De 26 a 63 puntos indica ansiedad severa

Las personas, que presentan un nivel moderado de ansiedad, por lo general presentan efectos colaterales físicos y pueden requerir ayuda profesional para evaluar su estado y reducir la ansiedad Los pacientes con ansiedad severa requieren, con frecuencia, asistencia profesional inmediata para reducir el estrés, evaluar su condición y encontrar soluciones rápidas para reducir su nivel de ansiedad y volver a un estado saludable

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo en la población en general

Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y constituiría una herramienta más para la valoración de ansiedad

Se ha mostrado apropiada para valorar cambios tras el tratamiento Los ítems referidos a síntomas físicos de la ansiedad están sobrerrepresentados y la validación del test está realizada en pacientes con trastorno de pánico No discrimina adecuadamente, entre desórdenes de ansiedad y depresiones ansiosas (Beck AT, 1988)

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94) La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71 La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62

Validez: Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general) Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81

Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados Con el Inventario de Depresión de Beck se de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62 (Beck A E , 2011)

5.3 Entrevista clínica.

Se realizó la entrevista clínica a cada paciente de ambos grupos, ésta aportó los datos personales y estableció criterios de diagnóstico con relación al cáncer y a los síntomas clínicos de ansiedad y depresión, es decir, la afectación psicológica y emocional que padecen, así como también, aspectos de sus vidas, historia de su enfermedad, entre otros aspectos relevantes para el estudio (Ver anexo 1)

6. Método de intervención.

Arteterapia cognitiva conductual.

Se implementó una intervención de arteterapia cognitiva conductual, con el objetivo de conocer sus efectos en los niveles de ansiedad y depresión de una muestra de pacientes con cáncer que acuden a la Asociación Nacional Contra el Cáncer en Santiago de Veraguas El tratamiento de la terapia se estructuró en 11 sesiones,

En la última sesión se dio la integración de las creaciones realizadas durante todas las sesiones, se dio la intervención familiar y se aplicaron los posttest de estrés y ansiedad Se resumen brevemente el contenido de cada una de las sesiones desarrolladas durante el tratamiento

Sesión 1.

Tema: Presentación de la terapia, objetivos y normas.

Objetivo:

- Generar un ambiente de confianza mediante la presentación de la terapeuta y el establecimiento del rapport
- Explicar en qué consiste la terapia del arte aplicada a los síntomas de ansiedad y depresión
- Presentar los objetivos de la terapia, cantidad de sesiones, duración, lugar y fecha de cada sesión
- Alentar a los pacientes a que se familiaricen con la terapia

Descripción:

- Presentación de participantes mediante la dinámica de la telaraña En esta se exploraron las expectativas de los pacientes
- Se les informo a los/as participantes sobre las normas de tratamiento terapéutico, la confidencialidad de los temas abordados en las diferentes sesiones, se habló de la importancia de su asistencia durante todo el tratamiento para trabajo individual y grupal, se les proporcionó un contrato terapéutico
- Se les presentaron los objetivos, cantidad, duración, lugar y fecha de cada sesión Además, se discutió el horario más apropiado para la participación de los mismos a todo el tratamiento
- Se les explicó el efecto de la arteterapia cognitiva conductual en los niveles de ansiedad y depresión
- Se presentaron los diferentes tipos de materiales que pueden emplearse en esta terapia

- **Cierre de sesión** se hace una realimentación de lo trabajado durante la sesión. Se recordó el horario, la asistencia, la puntualidad, el compromiso, la responsabilidad y la importancia de su participación para el buen desarrollo de la terapia.

Aspectos tratados en la sesión:

Desarrollo de conceptos básicos:

¿Qué es la arteterapia cognitiva conductual?

El Arteterapia es una disciplina especializada en acompañar, facilitar y posibilitar un cambio significativo en la persona mediante la utilización de diversos medios artísticos.

Atendiendo a su proceso creativo, a las imágenes que produce y a las preguntas y respuestas que éstas le suscitan.

¿En qué consiste este tipo de tratamiento?

Este novedoso tratamiento consiste en emplear la amplia gama de técnicas artísticas en conjunto con técnicas cognitivo-conductuales a fin de intervenir sobre aquellos pensamientos disfuncionales, estados emocionales o conductas, que distorsionan la percepción que tiene la persona de sí misma, de los demás y de su entorno.

Los procesos cognitivos influyen en la conducta del individuo, por tanto existe una relación entre estos aspectos con las expresiones emocionales, el ambiente y la conducta, los cuales son expresados mediante el proceso de creación y perpetuados en la obra resultante.

El arteterapia cognitiva conductual tiene como objetivo principal, tomar conciencia de aquellos esquemas cognitivos personales que provocan malestar y ofrecer nuevas vías para su modificación.

¿Cuál es el objetivo del tratamiento?

Conocer el efecto de la arteterapia cognitiva conductual sobre los niveles de ansiedad y depresión de un grupo de pacientes oncológicos de la Asociación Nacional Contra el Cáncer Capítulo de Veraguas

¿Cómo puede ayudar a pacientes con cáncer?

La arteterapia cognitiva-conductual ayuda a desarrollar la inteligencia emocional de los pacientes y a fortalecer la resiliencia

¿Qué materiales se utilizan en la arteterapia cognitiva conductual?

En arteterapia se emplean una amplia gama de materiales, que pueden ser propiamente artísticos como los son témperas, acrílicos, pinceles, paletas, lonas, papel de diferentes texturas. También, se pueden integrar plastilina, revistas, tijeras, gomas, materiales de madera, material reciclable, comestible, es decir, lo que la creatividad y el medio le permita

Tarea para la casa:

Los participantes deben anotar en sus cuadernos lo que para ellos significa la terapia del arte o arteterapia y lo que esperan realizar y aprender durante esta terapia

Sesión 2.

Tema: Conociéndome a través del arte

Objetivos:

- Alentar a los/as pacientes a que se familiaricen con los materiales y desarrollen un trabajo espontáneo en un ambiente seguro
- Estimular a pacientes a desarrollar su potencial creativo, expresando visualmente el conocimiento que tienen de sí mismos y sus capacidades para enfrentar su enfermedad
- Implementar la visualización guiada y los primeros ejercicios de relajación
- Observar cómo cada paciente se relaciona con el material y con la expresión artística

Descripción:

- Se realizó la realimentación de lo tratado en la sesión anterior
- Se implementó la técnica de visualización guiada y ejercicios de respiración y relajación muscular. Se incluyó música de relajación y aromatizante ambiental indicando cómo estos elementos pueden favorecer en su tratamiento
- Los pacientes visualizaron una imagen mental, posteriormente es concretizada con los materiales artísticos
- Se les indicó a los pacientes expresarse libremente mediante la creación espontánea empleando el material de su elección
- Se les entregó los materiales: Hojas blancas, cartulinas, lonas, lápices de escribir, lápices de colores, crayones, acrílicos, témperas, acuarelas, otro
- Se discutieron las producciones realizadas por los/as pacientes

Aspectos tratados en la sesión:

- **Técnica de visualización guiada**

Aplicación terapéutica de la visualización para pacientes con cáncer

- **Ejercicios de respiración y relajación**

Entrenamiento en las técnicas de respiración y relajación para controlar los estados emocionales de pacientes (ansiedad y depresión)

Tarea para la casa:

Buscar en sus hogares un objeto que le produzca una carga emocional importante o significativa, pensar en las emociones que éste le genera y el porqué de las mismas

Sesión 3.

Tema: Mis emociones

Objetivos:

- Reconocimiento y expresión de emociones libremente a través de la pintura
- Manejar y controlar las cargas emocionales negativas que repercuten en la recuperación de pacientes
- Introducción al modelo A-B-C

Descripción:

- Se realizó la realimentación de lo tratado en la sesión anterior
- Se ambienta el espacio terapéutico con música de relajación y aromatizante ambiental
- Se realiza la exposición de diferentes tipos de emociones y representación de las mismas mediante imágenes impresas
- Posterior a la identificación de emociones, los pacientes trabajaron con el objeto que representó para cada uno de ellos una gran carga emocional, explorando y dando un significado a las emociones que estos les producen
- Se introduce el modelo A-B-C de manera sencilla y ejemplificada para que los participantes conocieran el proceso que ocurre de las diferentes emociones que experimentamos
- Se practican ejemplos hipotéticos del modelo A-B-C
- Se les entregó los materiales lanas, acrílicos, pinceles para que elaboren una obra mientras observaron el objeto seleccionado expresando las emociones que éste les produce
- Discutieron el trabajo realizado durante la sesión a fin de identificar porque se manifiestan las distintas emociones

Aspectos tratados en la sesión

Modelo A-B-C de Aron Beck		
A	Situación, acontecimiento y problema	
B	Pensamiento, creencias, distorsiones cognitivas	
C	Consecuencias	Fisiológica
		Emocional
		Conductual

Prácticas mediante ejemplos ficticios:

A	Situación	Ha tenido usted un mal día, está enojado y decide salir a caminar Cuando va por la calle, un amigo al parecer le ignora	
		Perjudicial	Favorable
B	Pensamientos	“Me ha ignorado, no le caigo bien”	“Parece distraído Me pregunto si tendrá algún problema”
C	Consecuencias emocionales	Tristeza, rechazo, enojo	Preocupación por la otra persona
	Consecuencias fisiológicas	Dolores de estómago, poca energía, náuseas	Ninguna, se siente bien físicamente
	Consecuencias conductuales	Se va a casa y evita a esa persona	Lo busca para asegurarse de que está bien

Tarea para la casa

Identificar situaciones, pensamientos y consecuencias que haya experimentado según los ejemplos desarrollados en la sesión.

Situación	Pensamiento	Consecuencias

Sesión 4.

Tema: Reconociendo mis emociones.

Objetivos:

- Aplicar el modelo A-B-C en situaciones vividas
- Identificar si las reacciones que han tomado son favorables o perjudicial
- Expresar por medio de una creación libre pensamientos y emociones experimentadas
- Implementar ejercicios de visualización guiada

Descripción:

- Se realizó la realimentación de lo tratado en la sesión anterior
- Se ambienta el espacio terapéutico con musica de relajación y aromatizante ambiental
- Se realizó un ejercicio de visualización guiada con música para relajar
- Se presenta nuevamente el modelo a A-B-C de manera sencilla identificando las situaciones, los pensamientos y sus consecuencias emocionales
- Se practicaron ejemplos de las experiencias de cada paciente siguiendo el modelo A-B-C
- Se trabajó a fin de que los pacientes reconozcan si en sus modelos predominan aspectos favorables o perjudiciales
- Se les entregó materiales artisticos variados
- Representaron mediante una técnica libre la expresión emocional y el pensamiento que la generó
- Discutió el trabajo realizado durante la sesión a fin de identificar porque se manifiestan las distintas emociones

Aspectos tratados en la sesión.

Implementación del modelo A-B-C

Modelo A-B-C de Aron Beck		
A	Situación, acontecimiento y problema	
B	Pensamiento, creencias, distorsiones cognitivas	
C	Consecuencias	Fisiológica
		Emocional
		Conductual

Practicar mediante ejemplos personales (situaciones vividas de cada paciente)

MODELO A-B-C			Favorable	Perjudicial
A	Situación			
B	Pensamientos			
C	Consecuencias emocionales			
	Consecuencias fisiológicas			
	Consecuencias conductuales			

Tarea para la casa:

Realizar los modelos A-B-C con ejemplos personales de situaciones vividas diferentes a los expuestos en la sesión.

MODELO A-B-C (ejemplo 1)			Favorable	Perjudicial
A	Situación			
B	Pensamientos			
C	Consecuencias emocionales			
	Consecuencias fisiológicas			
	Consecuencias conductuales			

MODELO A-B-C (ejemplo 2)			Favorable	Perjudicial
A	Situación			
B	Pensamientos			
C	Consecuencias emocionales			
	Consecuencias fisiológicas			
	Consecuencias conductuales			

Sesión 5.

Tema: Conociéndome a través del arte.

Objetivos:

- Identificar los estados emocionales, que ha atravesado el paciente y como ha manejado las diferentes situaciones para el reconocimiento de sí mismo
- Promover, que pacientes conozcan más de si mismos trabajando la imagen corporal y personalidad
- Promover, que los y las pacientes se representen a sí mismos en sus propios términos a través del trabajo artistico para que fortalezcan y validen su sentido de identidad, y mejoren su salud corporal y psicológica

Descripción:

- Se comentó lo trabajado en sesión anterior
- Se implementó la técnica de visualización guiada
- Se empleó la técnica del dibujo y la pintura, utilizando materiales como témpera, brochas, pinceles, tizas, una cartulina blanca con una silueta corporal para cada participante El interior de la silueta representa a cada paciente
- Se discuten las producciones de esta sesión al final de la misma integrando el modelo cognitivo conductual a las situaciones personales de las y los participantes

Aspectos tratados en la sesión.

Técnica de visualización guiada.

Se implementó la técnica de visualización guiada para trabajar

- Recuerdos significativos de sí mismos en diferentes etapas de la vida desde su infancia hasta la actualidad

- Situaciones tanto favorables como desfavorables que han experimentado
- Las formas en que han superado adversidades

La integración de estas vivencias y de sus maneras de pensar y actuar son las que han forjado su personalidad y la imagen que tienen de sí mismos

A través de esta técnica se llevó a los/as pacientes a reconocer de manera consiente como han experimentado diferentes estados emocionales y como han manejado esas emociones

Tarea para la casa.

Debieron trabajar en casa una forma para aumentar los pensamientos saludables, realizando una lista de las cosas positivas de sí mismo y de la vida en general, de tal manera, que exploren y reconozcan sus preferencias conociéndose a sí mismos. Esta lista deberían leerla todas las noches antes de dormir.

FORMAS PARA AUMENTAR LOS PENSAMIENTOS SALUDABLES	
Haga una lista de cosas positivas de usted mismo(a)	Haga una lista de cosas positivas de la vida en general

Sesión 6.

Tema: Yo tengo el control.

Objetivos:

- Conducir a los/as pacientes a enfrentarse con la posibilidad de controlar o de perder el control sobre su estado de salud física y mental
- Estimular a los/as pacientes a que exterioricen su malestar para manejarlo libremente a través del modelado
- Explicar cómo influye el estado emocional y los pensamientos en su recuperación

Descripción:

- Se realizó la realimentación de lo expuesto en la sesión anterior
- Los y las pacientes realizaron una representación de su enfermedad por medio de la elaboración de una escultura, según las indicaciones dadas
- Se proporcionó plastilina y cartón para que a través del modelado libre manifiesten su malestar mediante la externalización de procesos internos, con la elaboración de una escultura donde representaron su enfermedad y las emociones que estas les generan
- Se realizó una exposición dialogada sobre la influencia de los estados emocionales en las reacciones fisiológicas relacionadas con el cáncer y se trabajó en el control que ellos/as pueden ejercer sobre la enfermedad
- Se reforzó las técnicas de relajación
- Se resume lo tratado durante la sesión

Aspectos tratados en la sesión.

- Significado que tiene la enfermedad para cada paciente
- Cómo ejercen control sobre la enfermedad
 - ✓ Realizando tratamientos
 - ✓ Controles periódicos

- ✓ Alimentación saludable
- ✓ Estilos de vida saludables
- ✓ Control emocional con respecto a la enfermedad
- Reconocer que con los pensamientos, acciones y emociones pueden ejercer mayor control del que inicialmente reconocían
- **Ejercicios de respiración y relajación.**
Entrenamiento en las técnicas de respiración y relajación para controlar los estados emocionales de pacientes (ansiedad y depresión)

Tarea para la casa:

Descripción de los estilos de vida (antes y después de la enfermedad) se les indicó a los/as participantes que realizaran una lista de las actividades que realizaban que en la actualidad no pueden hacer y otra con las actividades que les gustaría hacer

YO TENGO EL CONTROL	
Enlistar las actividades que realizaban antes de la enfermedad que en la actualidad debido a la misma no pueden hacer y otra con las actividades que le gustaría hacer	
Las cosas que no puedo hacer	Las cosas que deseo hacer

Sesión 7.

Tema: El collage de mi vida.

Objetivos:

- Promover, que pacientes se conecten con los acontecimientos significativos de sus vidas antes, durante y después de su diagnóstico
- Identificar y describir las emociones que surgen del trabajo plástico, relacionándolas con la vida personal
- Implementar las técnicas de relajación progresiva
- Enseñar técnicas de relajación y destacar el beneficio de éstas para el manejo de la ansiedad

Descripción:

- Se realizó la realimentación de lo tratado en la sesión anterior
- Se revisó las tareas realizadas en casa por cada paciente
- Se implementó la técnica de relajación progresiva y se señaló los efectos positivos que ésta produce en los estados emocionales
- Se le proporcionó a cada participante una cartulina que dividirán en tres secciones, la primera representa su vida antes del diagnóstico, la sección intermedia, el momento del diagnóstico y la sección final, su estado actual
- Se les hizo entrega de materiales como revistas, periódicos, goma blanca, tijeras, pinceles de colores, tizas de colores para la elaboración de un collage
- Los/as participantes seleccionaron diferentes imágenes en las revistas que les generaban tranquilidad y/o ansiedad en cada una de estas secciones
- Se trabajaron las reacciones emocionales y pensamientos con respecto a sus estilos de vida antes y después de la enfermedad

Aspectos tratados en la sesión:

Se trabajó el aquí y el ahora Se integra la técnica del debate

Ejemplos

¿Se puede influir sobre el pasado?

¿Algo de lo que hagamos o pensamos acerca de lo que les pasó (padecer cáncer), va a cambiar lo que ya vivimos?

¿Qué pasaría si piensa de otra manera, más realista y preferencial?

Es importante distinguir que lo que podemos modificar es el significado que le damos a las situaciones o eventos que atravesamos

Tarea para la casa:

Enumere los aspectos que ha modificado en su vida que han contribuido a mejorar su calidad de vida

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Enumere los aspectos, que ha modificado en su vida que ha contribuido a mejorar su calidad de vida

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Sesión 8.

Tema: El mundo y Yo.

Objetivos:

- Trabajar sobre las redes de apoyo y el entorno de los y las pacientes
- Promover las habilidades sociales “asertividad”
- Reforzar las técnicas de relajación

Descripción:

- Se realizó la realimentación de lo tratado en la sesión anterior
- Se desarrolló una explicación dialogada de como las relaciones sociales influyen en nuestros estados de ánimo y viceversa
- Se trabajo en la sección exterior de las producciones de la sesion 5 “Conociéndome a través del arte”, este representará el ambiente, las personas y entidades que brindan apoyo a estos
- Realizaron un trabajo grupal donde todos los participantes tuvieron la libertad de compartir y valorar el mundo exterior de cada uno
- Se reforzó de manera individual cualidades positivas de los participantes por ellos mismos destacando lo que han percibido de los compañeros/as
- Discusión de la experiencia

Aspectos trabajados en la sesión:

Apoyo social:

¿Cómo el contacto con otras personas afecta nuestro estado de ánimo?

- ✓ La depresión está relacionada con los siguientes factores
 - Menos contacto con otras personas
 - Sentirse incómodo(a), tímido(a), enojado(a) con otras personas

- Ser menos asertivo(a), es decir, no expresar lo que le agrada o desagrada
- Estar mas sensible a sentirse ignorado(a), criticado(a) o rechazado(a)

¿Es la depresión la causa de que las personas sean menos sociables o el ser menos sociables causa que las personas se depriman?

- ✓ La respuesta es que lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas se influyan mutuamente

Importancia del apoyo social.

- ✓ El apoyo social que recibimos al estar con otras personas es de suma importancia para nuestra salud en general. Este contacto con nuestros familiares, amigos, compañeros crea una especie de red social protectora, o lo que se conoce como “red de apoyo”
- ✓ En general, entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles
- ✓ La red de apoyo se refiere a las personas, que está cerca de nosotros, y con la que se comparte información importante o momentos importantes de la vida. Estas personas pueden ser familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, asociaciones, entre otros

Manteniendo sana mi red de apoyo.

- ✓ El contacto con las demás personas es muy importante, ya sea por teléfono o en persona. Sin embargo, al intentar compartir con los demás pueden aparecer pensamientos, que causan un bloqueo que impide que las personas deprimidas actúen
 - Ejemplos de estos pensamientos
 - “Me van a rechazar”
 - “Me aceptan sólo porque son amables”
 - “No querrán salir conmigo después de conocerme”
 - “Están conmigo porque les doy lástima”

Manteniendo buenas relaciones.

- ✓ Ser asertivo significa ser capaz de decir las cosas positivas y negativas sin sentirse mal
- ✓ Decir lo que se piensa, pero respetando la dignidad de los demás

Tarea para la casa:

Hacer un listado de sus redes de apoyo, es decir de las personas que puedan brindarle compañía o respaldo en diferentes situaciones de su vida que lo necesite

RED DE APOYO			
Escribir en los cuadrantes su red de apoyo, colocando el nombre, teléfono, dirección y disposición que tendrían para acudir a su llamado Colocar esta lista en un lugar visible y de fácil acceso			
Nombre	Teléfono	Dirección	Disposición

Sesión 9

Tema: Mis fortalezas

Objetivos:

- Trabajar los elementos de resiliencia de los y las pacientes Identificar estos elementos e ilustrarlos
- Promover la toma de conciencia en base a sus fortalezas
- Afrontar el temor a las recaídas y a la muerte
- Reconocer pensamientos erróneos e implementar comportamientos alternativos

Descripción:

- Se realizó la realimentación de la sesión anterior
- Imaginaron una situación negativa que experimentaron en las últimas semanas mediante la visualización guiada
- Identificaron en estos eventos los aspectos que afectan su condición de bienestar físico y mental
- Expresaron mediante la técnica de dibujo y pintura su mayor fortaleza, lo que les ha ayudado a enfrentar y superar situaciones difíciles
- Exploraron y discutieron las posibles alternativas conductuales (relacionadas con la arteterapia cognitiva conductual)
- El grupo discutió y manifestó maneras conductuales alternativas
- Señalaron tres elementos positivos, características propias que les ayuden a salir adelante en estas y otras situaciones de sus vidas
- Se reforzaron los ejercicios de relajación

Aspectos trabajados en la sesión:

Pensamientos:

- Incrementar los pensamientos que le ayudan a sentirse mejor consigo mismo/a y con los/as demás
- Identificar y reducir los pensamientos que le impiden sentirse bien y establecer relaciones con otras personas

Expectativas:

- ¿Qué es lo que uno/a espera de sí mismo/a, de otros/as y del entorno?
- ¿Qué es lo que los/as demás esperan de uno/a?
 - Si se tienen muy altas expectativas podrían desilusionarse y frustrarse
 - Si se ponen muy bajas expectativas, entonces no se estará dando ni estará dando a otros/as una buena oportunidad

Acciones:

- ¿Cuál es la impresión que le causan las demás personas?
 - Su cara ¿Se sonríe? ¿Hace contacto visual?
 - Su cuerpo ¿Parece que está decaído? ¿Parece estar cansado o rendido?
 - Su arreglo personal ¿Es apropiado para la ocasión y el lugar donde se encuentran?
 - Su conversación ¿Muestra usted interés en lo que dicen las otras personas? ¿Usted las ignora o critica?
 - Su actitud ¿Se queja o se lamenta demasiado?

Sentimientos:

- Reconozca como se siente
- Diga adecuadamente lo que usted siente
- Sea asertivo

- Sea capaz de compartir sentimientos positivos y negativos y sentirse comodo haciéndolo
- Cambie su punto de vista, esto puede ayudarle

Tarea para la casa:

RECONOCIENDO MIS FORTALEZAS			
Escriba en los cuadrantes sus fortalezas, con base a los pensamientos que tiene de sí mismo/a y de los/as demás, las expectativas que tiene de sí mismo/a y de otros/as, las cosas que hace y que expresa (acciones) y los sentimientos que tiene hacia si mismo/a y hacia los/as demas Enfoque esta actividad en base a los aspectos positivos que usted posee			
Mis pensamientos	Mis expectativas	Mis acciones	Mis sentimientos

Sesión 10.

Tema: Yo soy el autor.

Objetivos:

- Estimular a los y las pacientes a desarrollar su potencial creativo de manera autónoma como una herramienta de autoayuda
- Guiar a los/as pacientes en la aceptación realista de la enfermedad para manejar las reacciones emocionales como la depresión y la ansiedad
- Establecer metas futuras a corto, mediano y largo plazo con el fin de fortalecer sus esperanzas y expectativas de vida

Descripción:

- Se realizó la realimentación de la sesión anterior
- Se les pidió que escribieran sus metas futuras o expectativas de vida (a tres, seis, doce meses)
- Elaboraron una pintura que representó su principal meta, lo que desearan alcanzar
- Se discutieron sus metas de forma realista y se destacaron aspectos específicos para alcanzarlas
- Se reforzaron puntos claves o inconclusos de la terapia

Aspectos tratados en la sesión.

Importancia del establecimiento de metas en pacientes con cáncer:

En pacientes con cáncer el establecimiento de metas representa esperanza de vida que repercute en los estados de ánimo y por ende en la lucha contra la enfermedad. En este aspecto se trabaja

¿Cuáles son sus metas?

Establecimiento de metas claras y concretas metas que el/la paciente se dé cuenta cuando las haya realizado

¿Cuáles son los obstáculos que le impiden realizar sus metas?

Manejo el tiempo

- ✓ Asignarle una prioridad a cada meta que deseo lograr metas de tipo A (tienen mayor prioridad), metas de tipo B (tiene una prioridad intermedia), metas de tipo C (baja prioridad)
- ✓ Planee una meta de tipo A para la semana y trabaje para realizarla, sumada a las actividades que debe realizar de forma cotidiana
- ✓ Si queda espacio en la semana incluya la meta de tipo B de acuerdo a su disponibilidad de tiempo Luego la de tipo C

Hacer un plan para realizar las metas consiste en

- ✓ Dividir las metas grandes en partes pequeñas
- ✓ Asegurarse de que cada parte pueda ser realizada sin demasiado esfuerzo Por ejemplo si desea arreglar el jardín puede iniciar con averiguar dónde comprar las herramientas, las plantas hacer el presupuesto limpiar de malezas el jardín escoger las plantas
- ✓ Reforzarse a si mismo con cada logro alcanzado

Tipos de metas.

- ✓ Metas a corto plazo (cosas que le gustaría hacer dentro de los próximos seis meses)
- ✓ Metas a mediano y largo plazo (cosas que le gustaría hacer dentro de unos años)
- ✓ Metas de la vida ¿Qué es lo que a usted le resulta más importante hacer en su vida?

Tarea para la casa:

Los participantes expresaran sus metas a corto, mediano y largo plazo

MIS METAS

Metas a corto plazo (cosas que le gustaría hacer dentro de los próximos seis meses)

Metas a mediano y largo plazo (cosas que le gustaría hacer dentro de unos años)

Metas de la vida ¿Qué es lo que a usted le resulta más importante hacer en su vida?

Sesión 11.

Tema: Llegar a la meta.

Objetivos:

- Evaluar el trabajo realizado, observando la secuencia de trabajos, la relación entre ellos, los cambios y semejanzas
- Integrar a los familiares de pacientes en la actividad artística del tratamiento
- Cerrar el taller dejando abierta la posibilidad de contacto
- Alentar a cada paciente a compenetrarse con su lenguaje simbólico y entender el significado de sus propias imágenes

Descripción:

- Revisar la tarea para la casa
- Se realizó la realimentación de la sesión anterior
- La terapeuta instaló todos los trabajos de los/as participantes en la pared y en las mesas alrededor del salón
- Los pacientes junto con sus familiares elaboraron un trabajo en conjunto que al final de la sesión van a ser expuestos en colaboración de sus familiares
- Los pacientes elaboraron de manera grupal e integrada un cuadro representativo de las experiencias adquiridas que obsequiaron al Dr. Santiago González
- Se llevó a cabo una conversación sobre los trabajos realizados previamente y como a través de estos han manejado de una manera diferente su situación como pacientes con cáncer
- Se cerró la terapia dejando abierta la posibilidad de ayuda posterior
- Aplicación del post test

Observación: durante todo el tratamiento se alentó a los pacientes a que utilicen un cuaderno anecdótico como apoyo y soporte en casa o en cualquier ambiente donde se desenvuelvan los pacientes, para

- Notas o apuntes para su uso personal fuera de las sesiones
- Externalización de emociones y pensamientos negativos
- Descripción de reacciones comportamentales
- Representación por medios artísticos de pensamientos, emociones, comportamientos, y de su manejo

Los pacientes eran libres de compartir las experiencias expresadas en sus cuadernos al grupo o al terapeuta

7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos

Para garantizar los aspectos éticos en el presente estudio se tomó en cuenta una serie de aspectos

- Se le solicitó la colaboración de forma voluntaria a los sujetos y se les explico cómo fueron seleccionados para el estudio
- Se les informo a los sujetos de forma clara y precisa los objetivos de la investigación y el uso de los resultados
- Se garantizó el manejo confidencial de los resultados de la investigación
- Se firmo un contrato terapéutico con los participantes con la finalidad de formar un compromiso para la participación de los mismos (Ver anexo 2)

8. Análisis estadístico de los datos

Los datos obtenidos como resultados de las evaluaciones del posttest de los grupos experimental y control se analizan mediante la t de Student para datos independientes, mientras que la evaluación pre-posttest del grupo experimental se analizaron con la prueba estadística t de Student para datos dependientes

Los resultados y el análisis de los datos se presentan por medio de cuadros, gráficas, porcentajes, tablas para una mayor comprensión

9. Procedimiento de investigación.

- Elección del tema de investigación
- Recolección de la información acerca del tema seleccionado y las variables del estudio
- Redaccion del problema, los objetivos generales y específicos
- Descripción del escenario y redaccion de las hipótesis
- Elección de la muestra y descripción diseño de la investigación
- Elaboración del marco teórico

- **Definición conceptual y operacional de las variables**
- **Elección del instrumento a utilizar para recabar la información**
- **Aplicación del instrumento a la muestra seleccionada**
- **Tabulación y análisis estadístico de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas**
- **Elaboración de las conclusiones y recomendaciones**
- **Redacción del informe final**

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 Resultados.

A continuación se presentan los resultados de la muestra de sujetos del grupo experimental y control que participó en este estudio

Estos se detallan por medio de cuadros y gráficas que muestran los datos referentes a las variables estudiadas, las cuales fueron la ansiedad y la depresión, al igual que los datos relevantes de los sujetos

CUADRO 1

Datos generales del grupo experimental

N° de sujeto	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de educacion	Tipo de cáncer
1	F	50	Casada	Media	C de mama
2	F	66	Viuda	Universidad	c de mama
3	F	48	Soltera	Universidad	c de mama
4	M	87	Casado	Universidad	c de vejiga
5	M	33	Soltero	Media	c de pulmón
6	F	46	Soltera	Primaria	c benigno ovario
7	F	54	Casada	Media	Tumor garganta
8	F	56	Casada	Universidad	c cérvico-uterino

Fuente Entrevista clínica aplicada a pacientes del grupo experimental

En el cuadro 1, se describen los datos generales del grupo experimental del estudio, el cual estuvo conformado por ocho sujetos de los cuales el 75% corresponden al sexo femenino (6 sujetos) y el 25% restante son del sexo masculino (2 sujetos) En cuanto a la edad, el sujeto más joven de este grupo tiene 33 años, mientras que el mayor 87 años, lo que corresponde a una edad promedio de 55 años para esta grupo

El 50% de los sujetos del grupo experimental están casados, el 37 5% están solteros y un 12 5 % está viuda En cuanto al nivel de escolaridad, el 50% son universitarios, el 37 5% tienen una educación media y el 12 5% restante primaria

En cuanto al tipo de cáncer 37 5% tiene cáncer de mama, el resto se distribuye con un 12 5% en cada uno de los siguientes tipos de cáncer vejiga, garganta, pulmón, cérvico-uterino y una con un tumor benigno de ovario

CUADRO 2

Datos generales del grupo control

Nº de sujeto	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de educación	Tipo de cáncer
1	M	76	Casado	Primaria	C de hígado
2	F	46	Casada	Media	C cérvico-uterino
3	F	50	Casada	Universidad	C de mama
4	F	29	Casada	Media	Leucemia
5	F	61	Casada	Pre-media	C cérvico-uterino
6	F	67	Casada	Pre-media	C en la mandíbula
7	F	46	Divorciada	Universidad	C de pulmón
8	F	59	Viuda	Media	C de mama

Fuente Entrevista clínica aplicada a pacientes del grupo control

El presente cuadro muestra las características generales del grupo control, el cual estaba conformado por 8 sujetos de los cuales el 87 5% corresponden al sexo femenino y el 12 5% restante que corresponde al sexo masculino El promedio de edad de los sujetos es de 54 2 años, ya que las edades de los integrantes de este grupo están entre 29 a 76 años

Lo que respecta al estado civil de este grupo, el 75% de las personas están casadas, 12 5% divorciada y en igual porcentaje viudas (12 5%)

En cuanto al nivel de educación 37.5% correspondió a educación media, 25% lo reflejó el de educación pre-media, un 25% con educación universitaria y el 12.5% con educación primaria

De acuerdo con, el tipo de cáncer presente en el grupo control el mismo fue el siguiente 25% de los pacientes tienen cáncer de mama, otro 25% con cáncer cérvico-uterino, el resto de los tipos de cáncer se distribuyen en un 12.5% cada uno y los mismos son cáncer hígado, leucemia, cáncer en la mandíbula y cáncer de pulmón

Se puede observar que la distribución de los sujetos en cuanto al sexo es muy similar para ambos grupos, de igual manera los rangos de edades, sin embargo solo un sujeto del grupo experimental tiene más de 10 años de diferencia entre el resto de los participantes

En cuanto al estado civil en el grupo control había más personas casadas que en el otro grupo, por otra parte, el grupo experimental presenta un nivel de educación superior Finalmente en cuanto al tipo de cáncer se distribuyen muy similarmente en ambos grupos

CUADRO 3

Puntuaciones de los niveles de ansiedad del pretest y posttest de los grupos experimental y control.

GRUPO EXPERIMENTAL	N° de sujeto	Pretest		Posttest	
		Registro	Nivel	Registro	Nivel
	1	23	Moderada	15	Leve
	2	16	Moderada	7	Mínimo
	3	38	Severa	25	Moderado
	4	18	Moderada	16	Moderado
	5	40	Severa	27	Severa
	6	16	Moderada	14	Leve
	7	19	Moderada	11	Leve
	8	25	Moderada	11	Leve
	n = 8	$\bar{X} = 24.38$	(Moderado)	$\bar{X} = 15.75$	(Moderado)
GRUPO CONTROL	N° de sujeto	Pretest		Posttest	
		Registro	Nivel	Registro	Nivel
	1	35	Severo	33	Severo
	2	17	Moderado	18	Moderado
	3	16	Moderado	19	Moderado
	4	19	Moderado	19	Moderado
	5	17	Moderado	20	Moderado
	6	19	Moderado	19	Moderado
	7	18	Moderado	17	Moderado
	8	22	Moderado	22	Moderado
	n = 8	$\bar{X} = 20.38$	(Moderado)	$\bar{X} = 20.88$	(Moderado)

Fuente: Resultados del pretest y postes del Inventario de Ansiedad de Beck.

El cuadro 3, contiene los resultados de los pretest y posttest de la prueba de ansiedad aplicada a los grupos control y experimental.

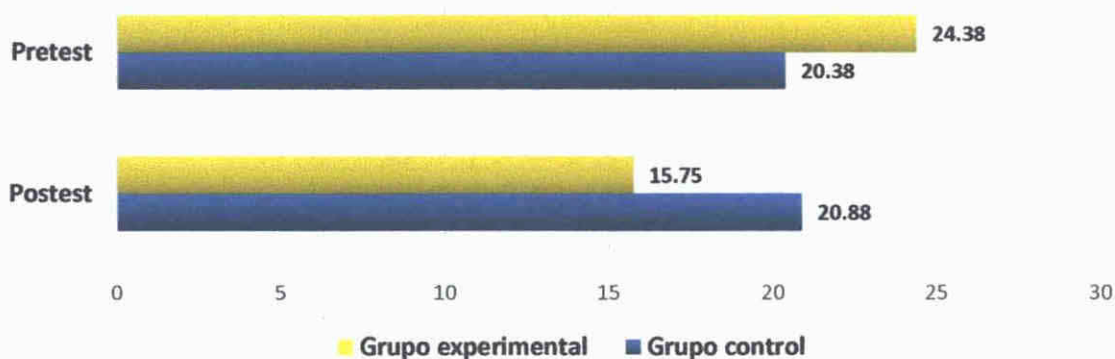
En el cuadro se observa que la media (\bar{X}) del pretest para el grupo experimental fue de 24.38 y para el grupo control fue de 20.38; lo que indica que el nivel de ansiedad es moderado y parecido para ambos grupos antes del tratamiento. Los resultados encontrados se distribuyen de la siguiente manera: 75% de los sujetos del grupo experimental presentaron un nivel de ansiedad moderado, mientras que en el 25% restante el nivel de ansiedad fue severa; para el grupo control, el 87.5% resultó con un nivel de ansiedad moderada y solo un 12.5% severo.

También, se observa que la media (\bar{X}) del posttest para el grupo experimental fue de 15.75 y para el grupo control fue de 20.88 indica como el nivel de ansiedad es moderada para el grupo experimental y moderado para el grupo control, luego de finalizado el tratamiento.

Sin embargo, se percibe claramente que los sujetos del grupo control permanecieron con semejante nivel de ansiedad, a diferencia de las personas del grupo experimental quienes en un 75% disminuyó su nivel de ansiedad luego de la terapia, a pesar de encontrarse en el mismo nivel (moderado) de ansiedad en promedio.

GRÁFICA 1

Promedio de los niveles de ansiedad en pretest y posttest de los grupos experimental y control

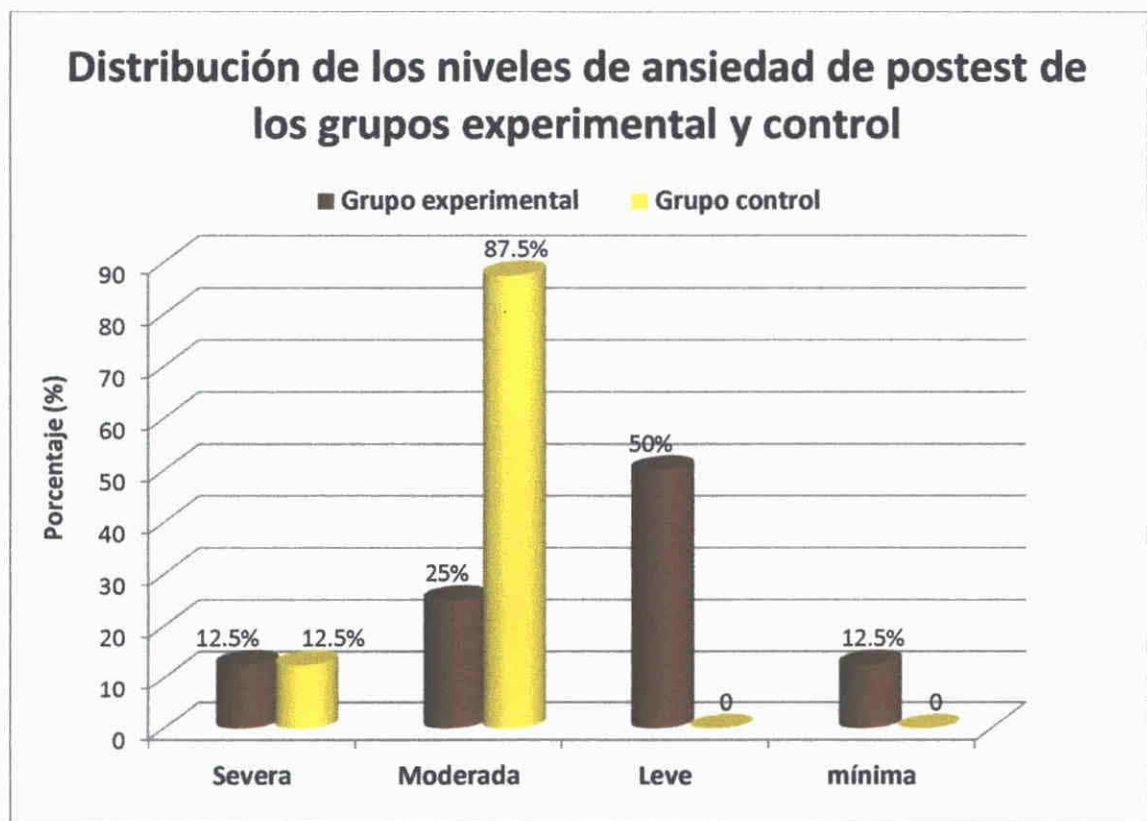


Fuente: Inventario de ansiedad de Beck

Esta gráfica deja ver claramente el promedio de los niveles de ansiedad en el pretest y posttest para ambos grupos; de igual manera muestra que los niveles de ansiedad disminuyeron en el grupo experimental luego de la arteterapia cognitiva conductual.

La gráfica 2, muestra de manera detallada los resultados del postest de ambos grupos en relación a los niveles de ansiedad encontrados: el 50% de los sujetos del grupo experimental tiene un nivel de ansiedad leve, el 25% moderado, el 12.5% mínimo y solo un 12.5% el nivel de ansiedad continua severa; para el grupo control, el 87.5% resultó con un nivel de ansiedad moderada y un 12.5% severo.

GRÁFICA 2



Fuente: Inventario de ansiedad de Beck

CUADRO 4

Prueba t de Student para medias independientes de ansiedad en el posttest de los grupos experimental y control

Prueba t de Student para medias independientes: Ansiedad		
Estadísticos		Resultados
N° de sujetos	Grupo experimental	8
	Grupo control	8
Medias (\bar{X})	Grupo experimental	15 75
	Grupo control	20 88
Desviación estándar (DS) diferencia		3 05
Grados de libertad (gl)		7
Alfa (α)		0 05
t crítica de una cola		-1 762
t observada		-1 68

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_{A_{ge}} \geq \mu_{A_{gc}}$$

$$H_1 = \mu_{A_{ge}} < \mu_{A_{gc}}$$

$$\alpha = 0 05$$

$$gl = 14$$

$$t_{crítica} = -1 762$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{obs} < -1 762$, de lo contrario no se rechaza

D No se rechaza la H_0

Interpretación

No existe diferencia estadística significativa, es decir no hay evidencia estadística de que la media de ansiedad del grupo experimental sea menor que la media del grupo control, o sea que los niveles de ansiedad de pacientes que recibieron el tratamiento en arteterapia cognitiva conductual no resultaron significativamente menores en comparación con los pacientes que no recibieron el tratamiento

Al no encontrar una diferencia significativa en los posttest de los grupos experimental y control en esta variable, pero percibir variaciones en los niveles de la misma en los sujetos del grupo experimental decidimos verificar la significancia de la diferencia antes y después del tratamiento en el grupo experimental encontrando lo siguiente

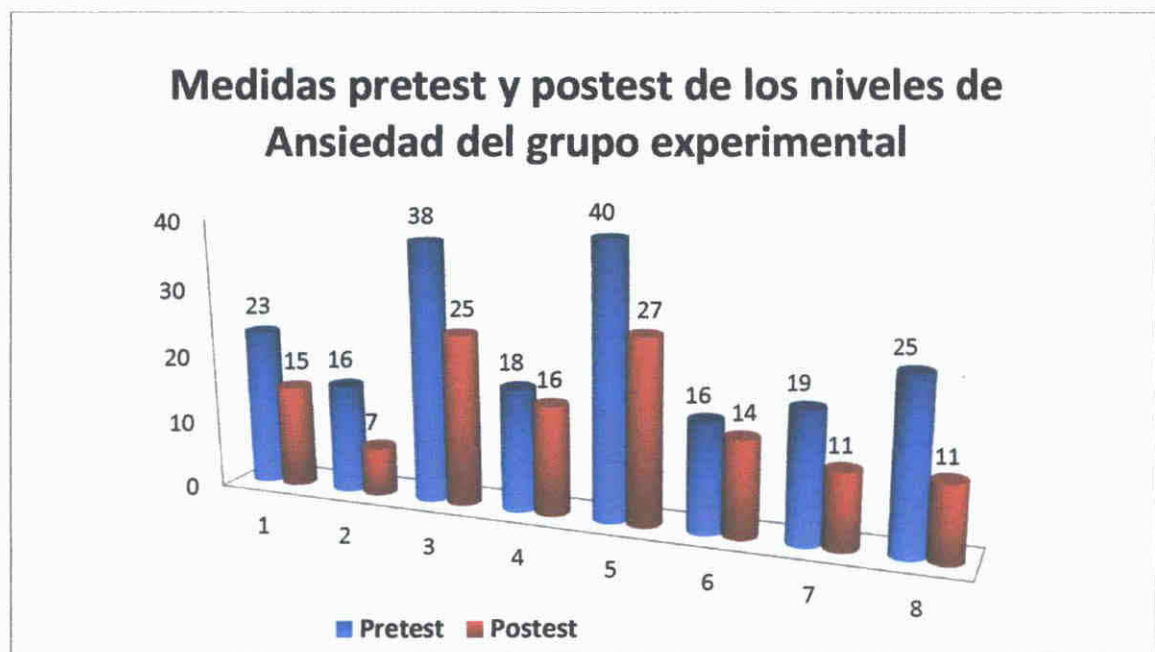
CUADRO 5

Prueba t de Student para las medias de pretest – posttest de Ansiedad del grupo experimental		
Estadísticos		Resultados
N° de sujetos		8
Medias (\bar{X})	Pretest	24 38
	Posttest	15 75
Desviación estándar (DS) diferencia		1 68
Grados de libertad (gl)		7
Alfa (α)		0 05
t crítica de una cola		-1 89
t observada		-5 17

Con los resultados encontrados queda probado, que hubo una disminución significativa en los niveles de ansiedad del grupo experimental después de recibido el tratamiento.

Al observar estos resultados se decidió detallar las diferencias encontradas en los sujetos del grupo experimental de manera individual, estos se presentan a continuación en la gráfica 3.

GRÁFICA 3



Fuente: Inventario de ansiedad de Beck

A pesar de que no se encontró evidencia estadística significativa para corroborar la hipótesis de trabajo, la gráfica 3, ilustra los resultados de los niveles de ansiedad de los ocho sujetos del grupo experimental antes y después de recibido la intervención en arteterapia cognitiva conductual. Se observa en la misma una clara disminución de los niveles de ansiedad después de recibido el tratamiento.

Los sujetos que logran cambios más significativos fueron el número 3 con una disminución de 13 puntos que paso de severo a moderado; el sujeto # 5 con igual disminución, sin embargo este se mantuvo en el mismo nivel (severo), por último el sujeto 8 que disminuyó 14 puntos que paso de moderado a leve.

CUADRO 6

Puntuaciones de los niveles de depresión del pretest y postest de los grupos experimental y control.

GRUPO EXPERIMENTAL	N° de sujeto	Pretest		Postest	
		Registro	Nivel	Registro	Nivel
	1	24	Moderada	15	Leve
	2	17	Intermedia	10	Normal
	3	22	Moderada	9	Normal
	4	18	Intermedia	11	Leve
	5	17	Intermedia	14	Leve
	6	17	Intermedia	16	Leve
	7	13	Leve	11	Leve
	8	18	Intermedia	9	Normal
	n=8	$\bar{X}=18.25$	(Intermedia)	$\bar{X}=11.88$	(Leve)
GRUPO CONTROL	N° de sujeto	Pretest		Postest	
		Registro	Nivel	Registro	Nivel
	1	25	Moderada	29	Moderada
	2	13	Leve	10	Normal
	3	13	Leve	13	Leve
	4	17	Intermedia	15	Leve
	5	23	Moderada	25	Moderada
	6	24	Moderada	27	Moderada
	7	17	Intermedia	19	Intermedia
	8	17	Intermedia	14	Leve
	n=8	$\bar{X}=18.62$	(Intermedia)	$\bar{X}=19$	(Intermedia)

Fuente: Resultados del pretest y postest del Inventario de Depresión de Beck.

El cuadro 6, contiene los resultados de los pretest y postest de la prueba de depresión aplicada a los grupos control y experimental. Se puede observar en el cuadro que la media (\bar{X}) del pretest para el grupo experimental fue de 18.25 y para el grupo control fue de 18.62, lo que indica que el nivel de depresión resultó intermedio para ambos grupos.

Estos resultados muestran que antes de iniciar la terapia 62.5% de los sujetos del grupo experimental presentaron un nivel de depresión intermedio, 25% moderado y un 12.5%

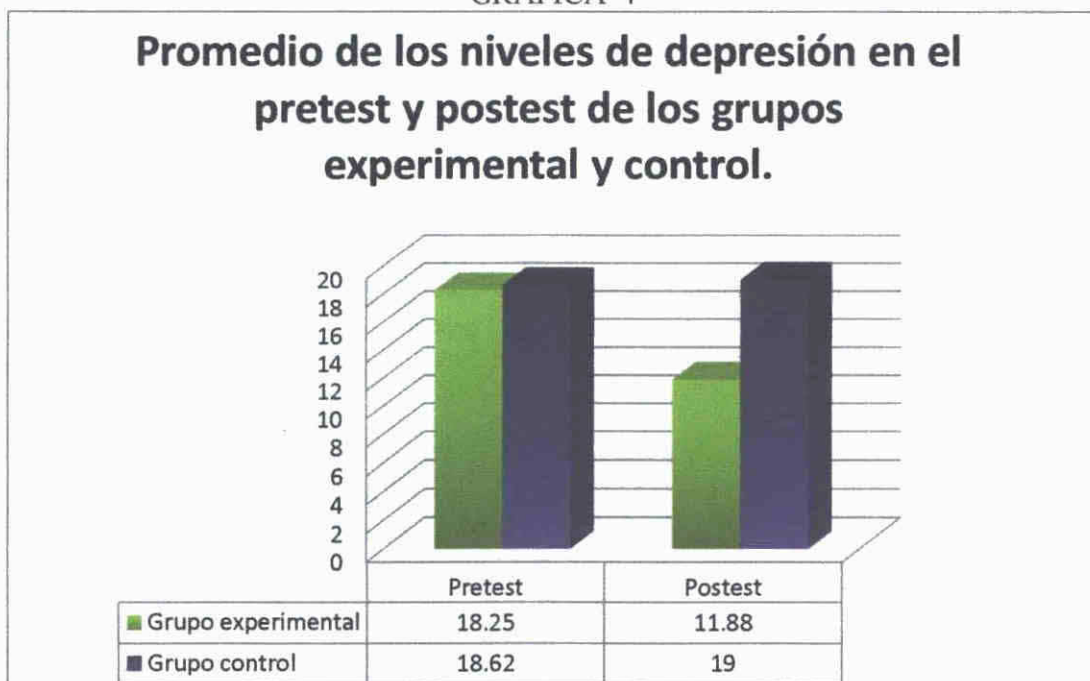
leve; mientras que para el grupo control, el nivel de depresión intermedio constituyó un 37.5% al igual que el moderado y un 25% resultó leve.

En el cuadro se observa que la media (\bar{X}) del postest para el grupo experimental fue de 11.88 y para el grupo control fue de 19, lo que indica que el nivel de depresión es leve para el grupo experimental e intermedia para el grupo control, finalizado el tratamiento.

De allí que el 62.5% del grupo experimental tiene un nivel de depresión leve, el 53.7% normal; para el grupo control, el 37.5% resultó con un nivel de depresión moderada, un 12.5% intermedia, otro 37.5% fue leve y el 12.5% restante normal en la evaluación posterior al tratamiento como se observa en la gráfica 2. Estos resultados reflejan que los niveles de depresión el grupo experimental son menores en comparación con los del grupo control.

La gráfica 4, refleja los niveles de depresión del grupo control, los cuales se mantuvieron semejantes, mientras que en el grupo experimental el nivel de depresión disminuyó después de recibido el tratamiento como lo comprueba la prueba estadística.

GRÁFICA 4



Fuente: Inventario de depresión de Beck

CUADRO 7

Prueba t de Student para medias independientes de depresión en el posttest de los grupos experimental y control

Prueba t de Student para medias independientes: Depresión		
Estadísticos		Resultados
N° de sujetos	Grupo experimental	8
	Grupo control	8
Medias (\bar{X})	Grupo experimental	11.88
	Grupo control	19
Desviación estándar (DS) diferencia		2.71
Grados de libertad (gl)		14
Alfa (α)		0.05
t crítica de una cola		-1.762
t observada		-2.63

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_{D_{ge}} \geq \mu_{D_{gc}}$$

$$H_1 = \mu_{D_{ge}} < \mu_{D_{gc}}$$

$$\alpha = 0.05$$

$$gl = 14$$

$$t_{crítica} = -1.762$$

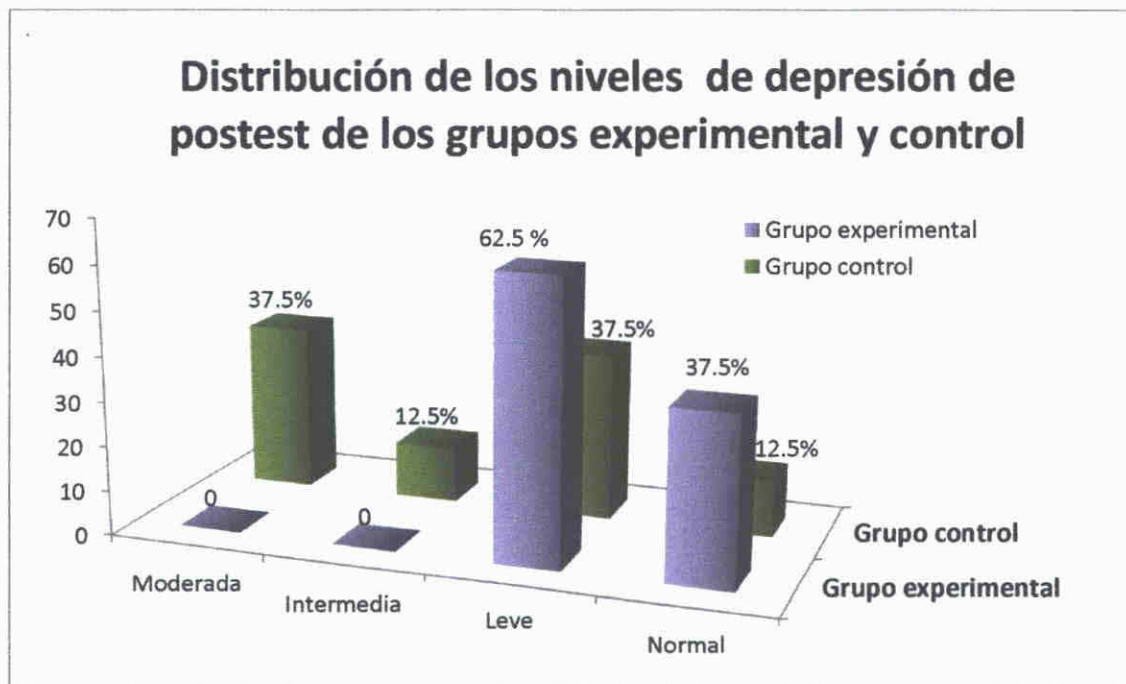
RD Se rechaza la H_0 si $t_{obs} < -1.762$, de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación:

Existe una diferencia estadística significativa lo que nos lleva a afirmar que la media de depresión del grupo experimental es menor a la media del grupo control; es decir que los niveles de depresión de pacientes del grupo experimental después de participar del tratamiento en arteterapia cognitiva conductual fueron menores en comparación con los niveles depresivos de pacientes que no participaron en la terapia.

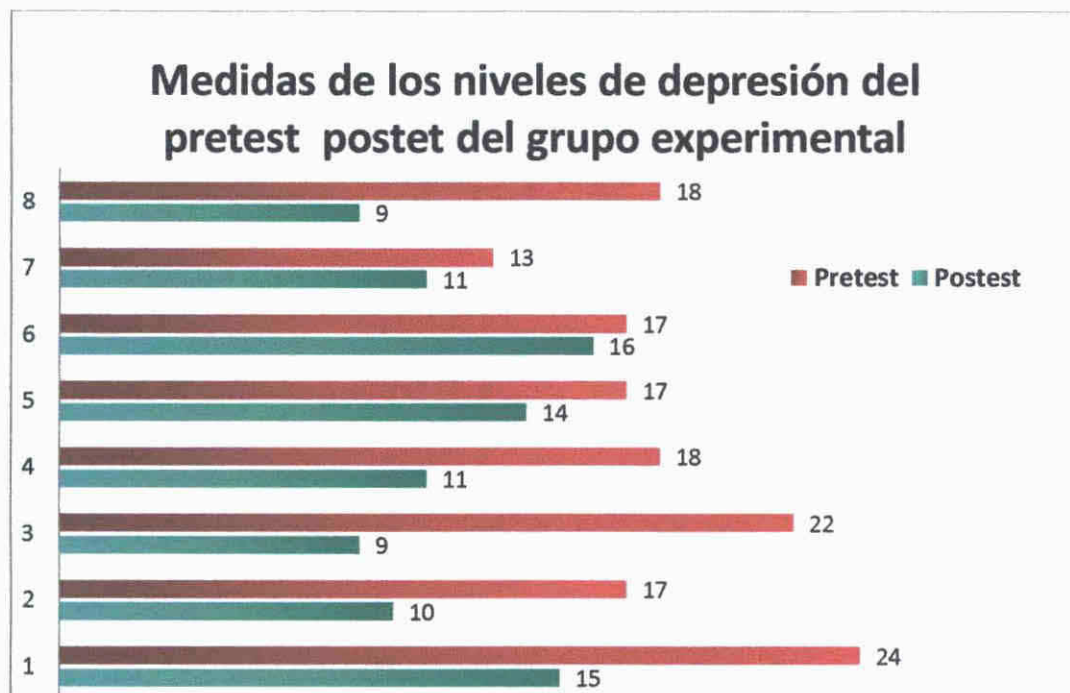
GRÁFICA 5



Fuente: Inventario de depresión de Beck

Para conocer si existía una diferencia estadística significativa en los niveles de ansiedad y depresión entre el grupo experimental y el grupo control, luego de haberle implementado al grupo experimental un tratamiento en Arteterapia cognitiva-conductual, se utilizó la prueba estadística t de Student para medidas independientes en el análisis estadístico de estos datos.

GRÁFICA 6



Fuente: Inventario de depresión de Beck

Por otra parte, los resultados del grupo experimental se observan de manera detallada en la gráfica 6, que muestra los niveles de depresión de los 8 sujetos del grupo experimental antes y después de recibido el tratamiento. De este grupo de sujetos, en el que se observaron cambios más significativos fue el 3 que disminuyó 13 puntos pasando de un nivel de moderado a normal.

4.2 Discusión de los resultados.

Este estudio tuvo como objetivo conocer los efectos de la arteterapia cognitiva conductual en los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con cáncer, que asisten a la Asociación Nacional Contra el Cáncer Capítulo de Veraguas

En la primera hipótesis de trabajo se planteó que los niveles de ansiedad de pacientes con cancer, que participan de la arteterapia cognitiva conductual serian menores que los niveles de ansiedad de quienes no participan, esta hipótesis no fue comprobada a un nivel de significancia de 0.05, es decir con un 5% de probabilidades de error de rechazar equivocadamente la hipótesis nula

Sin embargo, cabe señalar, que a pesar de que la diferencia encontrada entre los grupos experimental y control no resultó ser significativa, se registraron cambios favorables en los niveles de ansiedad de pacientes que recibieron el tratamiento, y con un porcentaje de error de 6% hubieran sido significativos los cambios. Lo cual nos hace suponer que también probablemente con más tiempo de terapia hubiera sido rechazada la hipótesis estadísticamente y probablemente se hubiera verificado la hipótesis de investigación con una mayor muestra en tratamiento

Debido a que se percibió una disminución de esta variable en el grupo bajo tratamiento se decidió corroborar si la disminución mostrada de los niveles de ansiedad fue significativa para dicho grupo, se procedió a realizar una prueba t para datos dependientes encontrando que el cambio resultó estadísticamente significativo, lo que indica que la intervención ejerció un efecto positivo en este grupo de pacientes

En la segunda hipótesis se planteó, que existe una diferencia estadísticamente significativa entre niveles de depresión de pacientes con cáncer que participan de la arteterapia cognitiva conductual y pacientes con cáncer que no participan de dicha terapia. Esta hipótesis se comprobó a un nivel de significancia de 0.05 sosteniéndose así la hipótesis de investigación y rechazándose la hipótesis nula

Este resultado indica, que después de emplearse el tratamiento en arteterapia cognitiva conductual a la depresión en los pacientes del grupo experimental, estos disminuyeron sus

niveles de depresión en comparación al grupo control formado por los pacientes con cancer que no recibieron el tratamiento

Los resultados encontrados demuestran, que el tratamiento tuvo un mayor efecto para el tratamiento de factores psicológicos como la depresión y con menor efectividad para la ansiedad probablemente porque esta variable resulta más sensible a ser afectada por condiciones, que los pacientes deben enfrentar diariamente como lo es someterse a tratamientos y chequeos periódicos para determinar la evolución de la enfermedad o si fue superada, la reaparición de la misma en otras partes del cuerpo Como lo indica Mate & Hollesstein (2004) al referir que resulta difícil el manejo de la ansiedad en pacientes oncológicos debido a la naturaleza de la amenaza (enfermedad grave, de larga evolución, con multiples tratamientos y con pronostico incierto) suele ser altamente estresante y persistente en el tiempo

De tal manera, que todo el proceso de la enfermedad neoplastia está plagada de miedos, angustia, y en la práctica clínica se observa, que indistintamente el estadio de la enfermedad e incluso en pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad (Derogatis, 1983), aunado a lo señalado, el grupo experimental se vio expuesto a situaciones que pudieron ejercer un efecto adverso al tratamiento, como lo fue la muerte de uno de los participantes

Es importante señalar, que los dos sujetos, a pesar de disminuir sus puntuaciones de ansiedad, permanecieron en el mismo nivel son varones, de estos el sujeto de 33 años logró disminuir 13 puntos de su nivel de ansiedad, sin embargo a pesar de que la variación fue considerable para efectos de la escala permaneció en el mismo nivel El que menos cambios mostró fue el de mayor edad (87 años) de tal manera que habria que verificar si la edad y el sexo pueden ejercer alguna predisposición en la efectividad del tratamiento para la ansiedad

Es preciso señalar, el efecto que ejercen las emociones positivas sobre el sistema inmunológico, puestos que los estados de ánimo favorables contribuyen al mejor funcionamiento del sistema inmunológico en lo que respecta a la producción de anticuerpos que combaten las células cancerigenas, y efectivamente, al mejorar los estados de animo de los participantes los mismos señalaban sentirse con más energía y vitalidad

El tratamiento contempló el manejo de las recaídas y la resiliencia de los y las participantes y se destacó que a pesar de que el cáncer posee una connotación muy negativa, el luchar con esta enfermedad y superar cada etapa de la misma contribuyen a que estos pacientes manejen de manera adecuada este aspecto

La familia y las redes de apoyo desempeñan un papel de suma importancia desde que la persona con cáncer recibe el diagnóstico, durante el tratamiento y recuperación. A pesar que no se evaluó cuantitativamente cómo la terapia ejercía efecto sobre este aspecto, de forma cualitativa se pudo observar que, tanto el trabajo en el que cada participante intervino directamente en la producciones de sus compañeros, como los que realizaron con sus familiares y de forma grupal, fortaleció aspectos como la empatía, el sentido de pertenencia y de sentirse útil a los demás, además de motivación para seguir luchando contra el cáncer, deseos de vivir y compartir con familiares y amigos, todos estos aspectos manifestados por los/as participantes en las discusiones que se realizaban después de cada sesión

Otros aspectos, que fueron manifestados por los y las pacientes con cáncer participantes del tratamiento psicoterapéutico fue que a medida que se cumplían las sesiones de terapia han sido capaces de exteriorizar en primera instancia mediante las expresiones plásticas y luego en plenaria, vivencias, pensamientos y emociones, que antes del tratamiento no habían sido capaces de manifestar y manejar

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones.

Con base a los resultados obtenidos mediante la presente investigación, se concluye que

- Por medio de estos estudios se puede constatar la influencia, que ejercen los factores psicológicos como la ansiedad y depresión en el curso y tratamiento de enfermedades médicas en especial el cáncer, por lo que la implementación integral entre los profesionales de la salud física y psicológica es fundamental en la recuperación y bienestar general de los y las pacientes
- El tratamiento en arteterapia cognitiva conductual diseñado para este estudio ejerció un efecto favorable significativo sobre los niveles de depresión de los pacientes con cáncer, disminuyendo los niveles de esta variable en el grupo de pacientes que recibió el tratamiento
- Respecto a la ansiedad, no se obtuvo evidencia estadística significativa para rechazar la hipótesis nula, sin embargo, las personas con cancer que participaron de la arteterapia cognitiva conductual mostraron mejoría Estos resultados nos dan indicios para ajustar futuras intervenciones (más prolongada, con mayor cantidad de pacientes, otras estrategias de intervención) de manera que resulte más efectiva para el tratamiento de esta variable
- Como lo han indicado otros autores, se ha constatado que la arteterapia cognitiva conductual puede ser empleada en diferentes pacientes sin distinción de nivel de educación u otros aspectos generales debido a la naturaleza misma de la terapia
- La arteterapia cognitiva conductual es un tratamiento psicoterapéutico innovador en el campo de la psicología en Panamá, y se evidencia en la poca documentación y estudios acerca del mismo

- Los apoyos en cuanto a instalaciones, equipos, materiales, logística, así como también de los familiares y los mismos participantes del grupo que recibió el tratamiento jugaron un papel importante en el desarrollo y efectividad en los resultados encontrados
- La arteterapia es una alternativa psicoterapeuta fácil de manejar si se posee una buena documentación sobre la misma y además se tiene formación en psicología. A pesar de que el material propiamente artístico tiene un costo moderado debido a la amplia gama de materiales, que se logran emplear, puede desarrollarse de forma adecuada. Sin embargo, asociaciones de arteterapia en países como Argentina, Estados Unidos, España y otros exigen un grado de formación académica en esta temática.
- Para la implementación de este tipo de tratamientos es posible la integración de distintas disciplinas como por ejemplo especialistas en las distintas áreas artísticas como la música, la danza, la pintura, el teatro, etc. a fin de ampliar las posibilidades y/o efectividad para el tratamiento de diversas patologías.

5.2 Recomendaciones.

Tras haber concluido hacemos las siguientes recomendaciones

- Adaptar el programa de intervención en arteterapia cognitiva conductual, aplicado a la ansiedad y a la depresión para que pueda ser desarrollado en diferentes grupos de pacientes con enfermedades crónicas, tanto en pacientes que asisten a asociaciones como ANCEC así como a otras entidades de salud como la Caja del Seguro Social y Centros de Salud, garantizando que el mismo este a cargo de profesionales idóneos
- Tomar en cuenta el programa de arteterapia cognitiva conductual como una herramienta modelo para la realización de otras alternativas psicoterapéuticas en base a las necesidades que presentan los y las pacientes con distintas enfermedades crónicas de cada entidad de salud por su carácter viable, económico y efectivo
- Incluir más técnicas y talleres dentro de las sesiones enfocadas al manejo de la ansiedad y realizar las adaptaciones en cuanto al numero de sesiones y participantes para garantizar la efectividad total del tratamiento
- Al personal de salud en general, es necesario tomar más en consideración el papel que juegan los factores psicológicos en el curso de las enfermedades crónicas, ya que de no ser considerados dentro del tratamiento pueden ejercer un efecto negativo o tardío, en la adaptación de pacientes a su condición médica, en la recuperación y mantenimiento de la salud física y psicológica de los mismos
- A los psicólogos y psicólogas debemos estar anuentes a la elaboración, aplicación y comprobación de los enfoques terapéuticos y la integración con las nuevas alternativas psicoterapéuticas como lo es la arteterapia

- Al personal de psicología clínica del hospital oncológico encargado de la atención a pacientes con cáncer un trabajo en conjunto con personal de las regiones de salud a fin de que se le brinde la atención periódica a pacientes con cancer de factores como ansiedad y depresión, y otros que menoscaban la salud
- A pacientes con distintas enfermedades crónicas, en especial la población en estudio, aprovechen los servicios que brindan diferentes entidades de salud a fin de combatur estas enfermedades de manera integral para su propio beneficio
- A los familiares y redes de apoyo de estos pacientes, que participen y acompañen a sus seres queridos en psicoterapias como la presente, puesto que son una figura de compañía y apoyo durante este difícil proceso, y requieren de un manejo emocional favorable para mantener una dinámica familiar saludable para la persona enferma
- El factor cultural juega un papel importante en la acogida que se le dio a este innovador tratamiento ya que en la provincia de Veraguas es reconocido y de interés las diferentes artes, de tal manera que pueden involucrarse entidades gubernamentales y no gubernamentales afines para el apoyo en la implementación de la arteterapia a diferentes sectores de la población

Bibliografía

- AGUDELO, D , Buela-Casal, G , & Spielberger, C D (2007) *Ansiedad y depresión el problema de la diferenciación a través de los síntomas* Salud Mental, 33-41
- ARIAS, D (2003) *La creación artistica como terapia* Barcelona R B A Integral
- ARON, Arthur , & Aron, Elaine (2001) *Estadística para psicología* Buenos Aires Prentice hall
- Asociación Americana de Arteterapia (AATA) (2014) *Asociación Americana de Arteterapia (AATA)* Obtenido de [http //www arttherapy org/](http://www.arttherapy.org/)
- BALLARD-Barbash R, B D (2010) *Obesity and cancer epidemiology* In Berger NA, editor *Cancer and Energy Balance, Epidemiology and Overview* New York Springer-Verlag New York, LLC
- BECK AT, B G (1988) *An Inventory for Measuring Clinical Anxiety Psychometric Properties* En B G Beck AT, *An Inventory for Measuring Clinical Anxiety Psychometric Properties* (893 pág)
- BECK, A (2000) *Terapia cognitiva y conceptos básicos y profundización* Barcelona Gedisa
- BECK, A E (2011) *An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 893-897
- BECK, A , & Emery, G y (1985) *Anxiety disorders and phobias A cognitive perspective* Nueva York Basic Books
- BELLOCH, A S (1997) *Manual de Psicopatología* Madrid McGraw Hill Interamericana
- BENJAMIN, Harold H (1997) *CÁNCER Recuperar el bienestar* (1ra ed) Barcelona Robinbook, SL
- BOBES G, J , Portilla, M , Bascaran F, M , Sáiz M, P , & Bousoño G, M (2003) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* Oviedo Ars Medica

- BRANDENBERG Y, B C (1992) *Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma* Psychooncology, 1 71-8
- CAIRNS, J (1981) *CÁNCER Ciencia y sociedad* Barcelona Reverté
- CARDEMAS, C P (2001) *Atención integral a pacientes oncológicos en la atención primaria de salud* Revista Cubana de Medicina Integral, 17(3), 263-267
- CARVAJAL H Isish D (1998) *Las artes plásticas aplicadas en las correccionales panameñas*
Tesis presentada para optar al grado de licenciada en Artes plasticas y visuales
Universidad de Panamá
- CARROLL BT, Kathol RG, Noyes R Jr, Wald TG, Clamon GH (1993) *Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale* Gen Hosp Psychooncology, 69-74
- CLASIFICACIÓN estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (2003) Washington, D C Meditor
- COLLETTE, N (2006) *Hasta llegar, la vida Arte-terapia y cáncer en fase terminal* Revistas Cientificas Complutenses Universidad Complutense Madrid Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artistica para la inclusión social, 1, 149-159
- CONDE V , U E (1975) *Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck* Psiquiatr Psicol Med Eur Arm, 217-236
- DONDSICH, Y (s f) *Articulos sobre terapia de arte* Obtenido de El arte de sanar o sanar con el arte [http //www.terapia-de-arte com/articulos htm](http://www.terapia-de-arte.com/articulos.htm)
- DEROGATIS L, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr (1983) *The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients* JAMA The journal of the American Medical Asociation, 249(6), 751-757
- DSM IV-TR (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Texto revisado* Frances, A , Pincus, H , Frirst, M y coloboradores (2001) Barcelona MASSON, S A 1049 pags

- ESPIÑO, I (20 de Febrero de 2006) *elmundo es/SALUD* Recuperado el 25 de Mayo de 2013, de [elmundo es/SALUD
http //www elmundo es/elmundosalud/2006/02/17/dolor/1140178615 html](http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/02/17/dolor/1140178615.html)
- FERNANDEZ Abascal, E (1997) *Estilos y estrategias de afrontamiento Cuadernos de práctica de motivación y emoción* Madrid Pirámide
- GOLEMAN, D (1996) *Inteligencia emocional* Barcelona Kairós
- GONCALVES, F , González, V , Vázquez, J (2008) *Atención Primaria de Calidad Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad* Madrid Internacional Marketing and communication, S A
- GONZÁLEZ Romo, Martinez, M , Cano, C (Enero de 2009) *"Los colores que hay en mí" una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios* Enseñanza e Investigación en Psicología Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe , España y Portugal, 14(1), 77-93 Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [http //www redalyc org/articulo oa?id=2921410 6](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214106)
- GRANELL, Vidal A. (2012) *Centro de Recursos para la Infancia Adopción, CRIA* Obtenido de Centro de Recursos para la Infancia Adopción, CRIA [http //www criafamilia org/pdfs/7 _cast pdf](http://www.criafamilia.org/pdfs/7_cast.pdf)
- Instituto Nacional del Cáncer (26 de Abril de 2011) *Instituto Nacional del Cáncer de los institutos de Salud de los EEUU* Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer de los institutos de Salud de los EEUU [http //www cancer gov/espanol/cancer/prevencion/cualquiera-padecer-cancer-piel](http://www.cancer.gov/espanol/cancer/prevencion/cualquiera-padecer-cancer-piel)
- Instituto Nacional del Cáncer (8 de Febreo de 2013) *¿Qué es el cáncer?* Recuperado el 19 de Junio de 2013, de Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos de Salud de EEUU [http //www cancer gov/espanol/cancer/que-es](http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es)
- Instituto Nacional de Cancerología E S E Colombia Ministerio de la Protección Social (2004) *El Cáncer Aspectos basicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnostico y tratamiento* Bogotá Ministerio de la Protección Socia

International Agency for Research on Cancer (April de 2009) *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans* Obtenido de IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol14/volume14.pdf>

International Agency for Research on Cancer (2010) *IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans* Obtenido de IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/index.php>

JAÉN Caballero, R (2000) "Un programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos, una experiencia de grupos" en la Policlínica del Seguro Social J J Vallarino Tesis presentada para optar al grado de magister en psicología Universidad de Panama

KAZDIN, A E (2001) *Métodos de investigación en psicología clínica* (3 ed) México Pearson Educación

KLEIN, J (2006) *Arteterapia Una introducción* Barcelona Octaedro

LAZARUS, A A (1976) Psychiatric problems precipitated by Transcendental Meditation *Psychological Reports*, 601-602

LUGO, M, Alizo J, Martinez, D, Sojo, V (2006) *Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención* ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA Sociedad venezolana de Psiquiatria, 52(106), 23-31

LOPÉZ Martínez, M D (2009) *Intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español* Universidad de Murcia

MATE, J, & Hollesstein, M F (2004) *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico* Psicooncología, 211-230

Ministerio de Salud de Argentina (2007) *Instituto Nacional del Cáncer Argentina* Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer Argentina

<http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/el-cancer-/factores-de-riesgo-y-prevencion>

Ministerio de Salud (s f) *Instituto Nacional del Cáncer de Argentina* Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer de Argentina <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/el-cancer-/factores-de-riesgo-y-prevencion>

MONROY, L C (2007) *Arteterapia, depresión y violencia intrafamiliar* Tesis presentada para optar al grado de licenciada en psicología Universidad de Panamá

NAVARRO Arias, R (1990) *Psicoterapia antidepresiva* México Trillas

OFFIT, J E (2005) *Hereditary Cancer Predisposition Syndromes* Journal of Clinical Oncology, 276-292

Oncologist-approved cancer information from the American Society of Clinical Oncology (27 de Junio de 2013) *Cancer Net* Obtenido de Cancer Net En Español Depresión y ansiedad <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/asimilaci%C3%B3n/depresi%C3%B3n-y-ansiedad/ansiedad>

Organización Mundial de la Salud (3 de Abril de 2003) *La incidencia mundial del cáncer* Recuperado el 20 de Julio de 2013, de Organización Mundial de la Salud Centro de Prensa <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS (Febrero de 2013) *Organización Mundial de la Salud* Recuperado el 9 de Julio de 2013, de Centro de Prensa Nota Descriptiva <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2003) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* Washington, D C Organización Panamericana de la Salud

RIVAS, Lina (2004) *Intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticados con cáncer de mama, tendiente a mejorar el estado psicológico y la calidad de vida durante los tratamientos* Tesis presentada para optar al grado de magister en psicología clínica Universidad de Panamá

- REYNOSO E , L y (2005) *Psicología clínica de la salud Un enfoque conductual* México Universidad de Guadalajara, Facultad de Psicología UNAM y Manual Moderno
- RODRÍGUEZ Vega, B Ortiz, A , Palao, A , Avedillo, C , Sánchez-Cabezudo, A , Chinchilla, C (2002) *Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores* The European journal of psychiatry (edición en español), 16(1), 27-38
- SERRANO, P (21 de Febrero de 2007) *Terapias de arte* Obtenido de Terapias de Arte [http //terapiasdearte.blogspot com/2007/02/definici3n-de-arte-terapia.html](http://terapiasdearte.blogspot.com/2007/02/definici3n-de-arte-terapia.html)
- STARK D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P (2002) *Anxiety disorders in cancer patients their nature, association and relation to quality of life* J Clin Oncol , 3137-38
- Unidad de Ensayos Clínicos de Servicio y Unidad de Estudios Epidemiológicos, la Universidad de Oxford, Headington, Reino Unido (2006) *The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002* International Journal of Cancer 2006, 3030–3044
- VALIENTE, M (2006) *El uso de la visualizacion en el tratamiento psicologico de los pacientes con cáncer* Psicooncología, 19-34
- VALVERDE, Z (2012) *Avances en Panamá del Registro Nacional del Cáncer* Ministerio de Salud, Direccion de Planificación, Panamá

Anexo 1

Grupo experimental

Sujeto 1

Datos generales

Nombre NB	Profesión Secretaria
Sexo F	Ocupación Secretaria
Edad 50	Escolaridad sexto año
Estado civil Casada	Religión Católica

Motivo de consulta:

La señora NB refiere sentirse triste, siente que no merece nada, además agrega estar muy afectada por la situación de salud de su hermano, ya que el mismo también padece de esta enfermedad y su salud está muy delicada

Sintomatología

- Cognitiva piensa que va a morir, que no merece nada
- Afectiva ansiedad, preocupación, tristeza
- Motivacional desea que su situación mejore y que su hermano se estabilice
- Física dolor
- Conductual insomnio, llanto

Historia de la enfermedad

Hace nueve años fue diagnosticada con cáncer de mama, la misma se dio cuenta de esta enfermedad por medio de una mamografía, a partir de este diagnóstico ha padecido alteraciones en su estado de ánimo

Anamnesis familiar

En la historia familiar de la paciente se destacan antecedentes de cáncer por la línea materna y paterna, también señala que familiares sufren de los nervios

Historia personal

Refiere que desde muy pequeña fue una persona sumisa y obediente, con muchos temores por lo que considera que su estima es baja. Muy preocupada por los demás. Mientras fue estudiante universitaria tuvo dificultades, que le impidieron finalizar una carrera por su estado de ánimo.

Historia familiar actual:

Tiene 29 años de casada, a los 21 años tuvo a sus dos hijas. Actualmente, vive con su esposo y su nieto. Las relaciones familiares son satisfactorias, mantiene buena comunicación con su esposo y sus hijas, está muy apegada a su nieto puesto que lo cuida, ya que su hija está en Panamá.

Historia sexual afectiva

La paciente señala, que por los estilos de crianza siempre ha sentido vergüenza con los aspectos referentes a la actividad sexual, y luego de su enfermedad su deseo sexual ha disminuido considerablemente.

Historia laboral

Se desempeña como secretaria en una institución de salud, refiere, que realiza sus labores de forma satisfactoria, fue reconocida por su desempeño en su lugar de trabajo, sin embargo no se siente cómoda con los reconocimientos puesto que manifiesta que no se los merece.

Historia médica

Reporta un problema médico en los discos de la columna padecido cuando tenía 34 años. Además de padecer cáncer de mama.

Episodios psicopatológicos previos:

Desde que no pudo estudiar lo que deseaba (bachillerato) se sintió frustrada y triste, al iniciar sus estudios universitarios empezó a manifestar llanto recurrente e incapacidad para enfrentar la situación. Aproximadamente entre los 30 y 35 años de edad ha manifestado estados depresivos, en una ocasión estuvo cinco semanas hospitalizada.

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo experimental

Sujeto 2

Datos generales.

Nombre VS	Profesión Maestra
Sexo F	Ocupación Maestra jubilada
Edad 66 años	Escolaridad Universitaria
Estado civil Viuda	Religión Católica

Motivo de consulta:

Manifiesta sentirse triste, ya que actualmente recibió la noticia de que su mamá que tiene 86 años fue diagnosticada con cáncer situación, que la ha puesto muy mal y a cuestionarse del porque le tuvo que ocurrir eso a su mamá

Sintomatología

- Cognitiva que ella ha luchado contra el cáncer, pero que eso es muy duro y su mamá no lo resistiría Que no le importaba que le haya ocurrido eso a ella, pero porque le tuvo que pasar eso a su mamá
- Afectiva preocupación, tristeza, resentimiento, temor, angustia
- Motivacional desea que su mamá no sufra
- Física tensión muscular
- Conductual llanto

Historia de la enfermedad

Hace dos años fue diagnosticada con cáncer de mama, esta situación le afectó, pero asumió de forma tranquila y se ha sometido al debido tratamiento, sin embargo, la situación de salud de la mamá es la que ha afectado su estado de ánimo ya que le preocupa en gran medida

Anamnesis familiar

Sin antecedentes previos Recientemente diagnóstico de cáncer en la madre

Historia personal

Siempre ha sido una persona de fuerte carácter, muy exigente con lo que hace y con lo que espera de los demás Antes a su enfermedad hacia siempre de todo en su trabajo cuando aún laboraba y despues en su casa

Historia familiar actual:

En la actualidad, la señora vive con su hija de crianza, las relaciones entre ellas son favorables, el ambiente del hogar es agradable

Sexual-afectiva:

La paciente es viuda, su esposo falleció hace 16 años, desde entonces la misma no ha tenido ninguna otra pareja sentimental La misma señalo, que no ha tenido interés en establecer relaciones afectivas

Historia laboral

Laboró como maestra, subdirectora y directora de escuelas Actualmente, no trabaja, es jubilada y se dedica a su hogar

Historia médica

Manifestó haber padecido de gastritis y una afectación en el manito rotador

Episodios psicopatológicos previos:

Ninguno

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo experimental

Sujeto 3

Datos generales

Nombre RL	Profesión
Sexo F	Ocupación Adm en la terminal
Edad 48 años	Escolaridad Universitaria
Estado civil Soltera	Religión Católica

Motivo de consulta:

Al conocer que podía tener cáncer, empezó a manifestar gran preocupación y tristeza durante los exámenes para su diagnóstico, finalmente al recibir el diagnóstico definitivo de la patología comenzó a llorar

Sintomatología

- Cognitiva pensar en cosas malas
- Afectiva tristeza, preocupación
- Motivacional desea que su salud mejore y volver a ser como antes
- Física angustia, debilidad, cansancio
- Conductual llorar, dejar de comer

Historia de la enfermedad:

Hace aproximadamente, dos años que la paciente empezó a sentir una molestia en un seno, se sometió a diferentes exámenes médicos y desde antes de ser diagnosticada comenzó a manifestar cambios de su estado de ánimo, después de conocer su diagnóstico esos síntomas fueron más evidentes y lloraba con facilidad

Anamnesis familiar

Por la línea materna se registran antecedentes de cancer, la mamá con cáncer de riñón, una hermana con cáncer de colón y una tía con cáncer y diabetes. Por la línea paterna se registran dos familiares con diabetes.

Historia personal

La paciente tiene una hija de 21 años, la cual ha criado como madre soltera. Tuvo una relación sentimental, pero no se concretó.

Historia familiar actual:

Actualmente, vive con su hija y su hermana de 43 años. La relación entre ellas es satisfactoria, se apoyan y acompañan mutuamente.

Historia laboral

Labora en la terminal de Santiago como administradora.

Historia médica

La paciente ha padecido de asma, diabetes, osteoporosis y fue operada por apendicitis.

Episodios psicopatológicos previos:

A los catorce años de edad la paciente manifestó alteraciones en su estado de ánimo luego de un intento de violación, la paciente señaló, que sentía mucho temor, ansiedad y estrés. En la edad adulta intentaron robar en su casa y desde entonces no se puede quedar solo en casa porque se siente muy ansiosa.

Diagnóstico.

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo experimental.

Sujeto 4

Datos generales

Nombre	H B	Profesión	Docente
Sexo	M	Ocupación	Jubilado
Edad	87 años	Escolaridad	Universitario
Estado civil	Casado	Religión	Católico

Motivo de consulta:

Paciente con diagnóstico de cáncer que presenta manifestaciones moderadas de ansiedad y depresión que influyen en su salud física

Sintomatología

- Cognitiva el cáncer es una enfermedad muy grave y difícil
- Afectiva preocupación, tristeza, irritabilidad
- Motivacional quisiera recuperar su salud y no tener otras complicaciones de esta enfermedad
- Física dolor
- Conductual no presento

Historia de la enfermedad:

Los primeros síntomas aparecieron hace aproximadamente doce años y el 10 de enero de 2002 fue sometido a una cirugía por cáncer en la vejiga y la última cirugía en el 2007 Se realiza la cistoscopia dos veces al año Recientemente se sometió a una biopsia y se le diagnosticó un carcinoma en la mejilla (cáncer de piel)

Anamnesis familiar

Una hija del paciente padeció de cáncer en el endometrio y cáncer de pulmón, una sobrina con cáncer de piel, y una hija que sufría de los nervios

Historia personal

Se reconoce como una persona muy trabajadora y responsable, que ha ido cambiando su estilo de vida debido a los padecimientos de salud y a su edad, pero intenta siempre sentirse útil y emplear el tiempo en actividades placenteras para ella como lo es leer

Historia familiar actual:

El paciente vive con su esposa y con dos hijas un hijo y un nieto Las relaciones familiares son satisfactorias basadas en el respeto mutuo y la colaboración Su relación con su esposa es muy buena a pesar de que por la edad de ambos el deseo sexual ha disminuido

Historia laboral

Trabajo como docente de agropecuaria y está jubilado

Historia médica

Padece de hipertensión arterial

Episodios psicopatológicos previos:

Ninguno

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo experimental

Sujeto 5

Datos generales.

Nombre E P	Profesión ---
Sexo M	Ocupación Estudiante universitario
Edad 33	Escolaridad Universitario
Estado civil Soltero	Religión Católico

Motivo de consulta:

Paciente con diagnostico de cancer que presenta manifestaciones moderadas de ansiedad y depresión que influyen en su salud física, la misma señala, que siente incómodo por las excesivas restricciones que su mamá le da por su condición de salud

Sintomatología

- Cognitiva pensamientos de muerte, del porque le dio cancer de pulmón si él nunca ha fumado, que no iba a poder con esa enfermedad
- Afectiva ansiedad, preocupación, tristeza
- Motivacional quisiera recuperar su salud, no tener recaídas y que su mamá no se preocupe por la enfermedad de él
- Física fiebre, tos, resfriados, dolor de cabeza, vómitos, diarrea, pérdida del apetito
- Conductual aislarse, mal humor

Historia de la enfermedad

En junio de 2006, luego de los exámenes médicos, ya que se sentía una bola en la cavidad torácica, fue diagnosticado con un linfoma pulmonar o cáncer de pulmón a pesar de que fue muy fuerte recibir un diagnóstico de cáncer que le afectó mucho siempre ha tratado de

manejar sus emociones porque le preocupa su mamá, ya que a ella le ha afectado mucho la enfermedad

Anamnesis familiar

No se reportan antecedentes familiares de ninguna enfermedad médica o psicológica

Historia personal

Es un joven muy activo, le gusta participar en diferentes actividades aunque ahora su condición de salud no se lo permite como desea. Es miembro de un conjunto típico

Historia familiar actual:

El joven vive con la mamá, el padrastro, sus hermanos y su cuñado. Las relaciones familiares son muy buenas, comparten muchas cosas en familia y se ayudan en las responsabilidades del hogar

Historia laboral

Actualmente, no trabaja, ya que se dedica a sus estudios

Historia médica

Solo se reportó el cáncer pulmonar

Episodios psicopatológicos previos:

Ninguno

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo experimental

Sujeto 6

Datos generales

Nombre M U

Profesión ---

Sexo F

Ocupación Ama de casa

Edad 46 años

Escolaridad 3° año

Estado civil Soltera

Religión Católica

Motivo de consulta:

Paciente con diagnóstico de cancer que presenta manifestaciones moderadas de ansiedad y depresión por un incidente familiar, por lo que señalo que como hay personas que teniendo salud y una vida entera por delante atenta contra ella, mientras que para ella seguir adelante es tan difícil

Sintomatología

- Cognitiva pensamientos de que el cáncer es una enfermedad muy mala, pensar que podía morir, que los demás no valoran la vida
- Afectiva tristeza, miedo, preocupación, ansiedad
- Motivacional quisiera sentirse mejor, estar tranquila
- Física pérdida del apetito, perdida de peso
- Conductual no manifestó

Historia de la enfermedad

Fue diagnosticada en junio de 2010, con un tumor benigno, luego de este se ha sentido muy mal, triste En la actualidad, se realiza quimioterapias cada 22 días, lo que le genera gran malestar tanto físico como en sus estados de ánimo Señalo, que el tratamiento es muy doloroso

Anamnesis familiar

Por la linea paterna, la paciente tiene una prima que padece de cáncer

Historia personal

Antes de su enfermedad era una señora muy activa, hacia muchas cosas en la casa y salía mucho a visitar a sus familiares. Ahora sus familiares no la dejan realizar todas las cosas que antes hacia

Historia familiar actual:

La paciente vive con una hermana, el esposo de la misma y sus sobrinos. Actualmente, tuvo un problema con su hijo de 21 años, ya que el mismo intento quitarse la vida

Historia laboral

Es ama de casa, se ha dedicado a su hogar y a su familia

Historia médica

La paciente no señalo ninguna otra enfermedad

Episodios psicopatológicos previos:

Ninguno

Diagnóstico

F 54 (Factores psicologicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo experimental

Sujeto 7

Datos generales.

Nombre: O P

Profesión: —

Sexo: F

Ocupación: Ama de casa

Edad: 54 años

Escolaridad: V año comercio

Estado civil: Casada

Religión: Evangélica

Motivo de consulta:

La paciente tiene diagnóstico de cáncer, la misma señala que en ocasiones se siente un poco triste y desanimada, porque su hija se está mudando de su casa y a pesar de que la misma va a vivir relativamente cerca esta situación le ha causado malestar

Sintomatología:

- **Cognitiva:** que va a estar más tiempo sola, que puede ocurrirle algo
- **Afectiva:** se siente un poco triste y preocupada
- **Motivacional:** me gustaría que mi hija no se mudara para no sentirme sola
- **Física:** un poco de cansancio
- **Conductual:** hago las cosas un poco más lento que antes

Historia de la enfermedad:

La paciente fue diagnosticada con cáncer en la parte anterior a la garganta hace once años, el diagnóstico fue de un tumor benigno

Anamnesis familiar:

No presenta antecedentes de cáncer o de otra enfermedad médica o psicológica por la línea materna o paterna.

Historia personal:

Siempre ha sido una persona dedicada a su hogar, nunca ha trabajado para dedicarse a la crianza de sus cuatro hijos (dos varones y dos mujeres), se dedica, también a la jardinería en su propia casa y apoya en la iglesia en un grupo donde realizan labores sociales. Acude a sus controles médicos.

Historia familiar actual:

Actualmente, la paciente vive con una hija que está próxima a mudarse, el esposo de la paciente trabaja en Puerto Armuelles. Su hija está pronto a mudarse, esto le ha generado un poco de ansiedad y tristeza.

Historia laboral:

Solo se ha dedicado a su casa.

Historia médica:

No presenta ningún otro padecimiento.

Episodios psicopatológicos previos:

No posee diagnósticos de episodios psicopatológicos previos.

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo experimental

Sujeto 8

Datos generales.

Nombre: DM

Ocupación: Analista de Créditos
académicos

Sexo: F

Escolaridad: Superior

Edad: 56

Estado civil: Casada

Religión: Católica

Profesión: Maestra

Motivo de consulta:

La paciente se encuentra en tratamiento por cáncer cérvico-uterino, manifiesta que en ocasiones recuerda las dificultades de su padecimiento y siente mucha tristeza, sobre todo estos sentimientos reaparecen cuando se realiza los chequeos, ya que le provocan ansiedad y preocupación

Sintomatología:

- **Cognitiva:** el cancer es sinónimo de muerte, que iba a morir
- **Afectiva:** irritabilidad, sensibilidad ante las críticas
- **Motivacional:** desearía que la situación mejore, estar tranquila y disfrutar de su familia
- **Física:** pérdida de apetito, insomnio
- **Conductual:** disminuyó el ritmo de sus actividades diarias

Historia de la enfermedad:

La paciente señala que el 31 de marzo de 2011, le dio un sangrado, sin embargo ella pensó que era por estrés, por medio de los exámenes fue diagnosticada con cáncer cérvico-uterino en

estado metastasico, inicio el tratamiento el mismo año Asiste a ginecología cada cinco meses por cinco años

Anamnesis familiar:

Existen antecedentes de cáncer por parte de la familia paterna

Historia personal:

Se describe como una persona trabajadora, seria, responsable, desde que fue diagnosticada y se sometio al tratamiento su estilo de vida ha cambiado, a pesar de que tata de hacer las mismas cosas que antes, su ritmo no es igual Le gusta leer, ver televisión, se describe como una persona sedentaria, entregada a su hogar y a su familia

Historia familiar actual:

Actualmente, vive con su esposo, su padre, tres de sus nietos, un hijo y una nuera, las relaciones familiares han sido satisfactorias, siempre ha contado con el apoyo de su esposo quien la ha acompañado durante toda la enfermedad y el tratamiento y según indica es su mayor fortaleza

Historia laboral:

Se desempeña como analista de créditos académicos en un departamento donde laboran en colaboración con otras personas, sus relaciones con sus compañeras de trabajo son buenas También, el trabajo que desempeña le genera estrés lo que influye en cierto grado en su salud

Historia médica:

No indico ninguna otra enfermedad, además del cáncer

Episodios psicopatológicos previos:

Sin muestras de episodios patológicos previos diagnosticables

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo control

Sujeto 1

Datos generales

Nombre: JC

Profesión: —

Sexo: M

Ocupación: no trabaja

Edad: 76 años

Escolaridad: II grado

Estado civil: Casado

Religión: Católico

Motivo de consulta:

El señor JC manifiesta sentirse triste y deprimido por su enfermedad, que a su edad es muy dura todo lo que debe hacer y que su condición de vida es difícil y peor aun por la diabetes que tambien padece

Sintomatología:

- **Cognitiva:** Que ya a su edad nada va a mejorar, que va a morir
- **Afectiva:** se siente triste, irritado, siente temor
- **Motivacional:** desearia sentirse mejor y no ser una carga
- **Física:** temblor en las piernas, cansancio
- **Conductual:** ya no puede hacer nada, no puede trabajar

Historia de la enfermedad actual:

Fue diagnosticado con cáncer de hígado hace unos años, y su condición de vida ha desmejorado notablemente, debido a la enfermedad su tanto su salud física como emocional ha cambiado

Anamnesis familiar:

El paciente no tiene conocimiento o/y no recuerda que algun otro familiar por parte de sus padres padeciera una enfermedad física o psicológica

Historia personal:

A pesar de que solo pudo estudiar hasta II grado, siempre fue una persona muy trabajadora y responsable con en su hogar, le gustaba disfrutar de su familia Y ahora se siente cansado y no puede hacer nada

Historia familiar actual:

Actualmente, vive con su esposa, y sus dos hijos, las relaciones familiares son entre buenas y regulares, a veces hay diferencias entre ellos debido a la misma situación

Historia laboral:

No hizo referencia a la misma

Historia médica:

Padece de diabetes

Episodios psicopatológicos previos:

No refiere ningun episodio psicopatológico previo

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de animo)

Grupo control

Sujeto 2

Datos generales

Nombre: AH

Profesión: —

Sexo: F

Ocupación: Ama de casa

Edad: 46 años

Escolaridad: 6° año

Estado civil: Casada

Religión: Católica

Motivo de consulta:

La paciente manifiesta sentirse mal, con temores y tristeza porque a pesar de que han pasado 11 años desde que por un sangrado se realizó exámenes con los que se le diagnosticó que padecía de cáncer cérvico-uterino. Desde ese momento su vida cambió y no ha vuelto a ser como antes.

Sintomatología:

- **Cognitiva:** miedo a morir, miedo a que suceda lo peor
- **Afectiva:** se siente insegura, triste, ansiosa
- **Motivacional:** desearía sentirse mejor, no criticarse a sí misma
- **Física:** sudoración, rigidez, sensación de calor, molestias gastrointestinales
- **Conductual:** su ritmo de actividad ha disminuido demasiado

Historia de la enfermedad actual:

La paciente manifiesta sentir tristeza y algunas veces nerviosismo con respecto a su salud, ya que cada vez que siente una molestia piensa que le va a suceder lo peor y le da mucho miedo morir. Señaló que hace 11 años fue diagnosticada con cáncer cérvico-uterino y que este comenzó con un sangrado que parecía normal y desde entonces su vida ha cambiado mucho.

Anamnesis familiar:

La señora tiene un familiar que sufre de la presión

Historia personal:

Se describe como una persona responsable, trabajadora, dedicada a su familia

Historia familiar actual:

Está casada, vive con su esposo y su hijo, las relaciones familiares son bastante buenas aunque a veces se siente sola También a veces hay discusiones, pero por cosas sin mayor importancia

Historia laboral:

Es ama de casa

Historia médica:

No presenta ningún otro padecimiento de salud

Episodios psicopatológicos previos:

La paciente señala que cuando recibió su diagnóstico de cáncer se sintió muy mal y recibió atención psicológica porque estaba muy triste

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo control

Sujeto 3

Datos generales

Nombre: D

Profesión: —

Sexo: F

Ocupación: ama de casa

Edad: 64 años

Escolaridad: Media

Estado civil: casada

Religión: evangélica

Motivo de consulta:

La paciente señala, que se siente triste y deprimida, que ha pensado hasta en quitarse la vida, que llora mucho y esta irritada todo el tiempo, que ya no es la misma de antes

Sintomatología:

- **Cognitiva:** piensa que va a morir, preocupación constante por su salud
- **Afectiva:** se siente triste y deprimida, irritada
- **Motivacional:** desea acabar con todo
- **Física:** insomnio, cansancio, pérdida del apetito, molestias gastrointestinales
- **Conductual:** llora

Historia de la enfermedad actual:

La paciente fue diagnosticada con cáncer de mama hace cuatro años, esta noticia fue terrible para ella, entro en estado de Shok pensaba que iba a morir, desde entonces ha cambiado mucho, se siente muy mal, triste e irritada en ocasiones ha pensado en que todo sería mejor si acabara con su vida

Anamnesis familiar:

No tiene conocimiento si alguno de sus familiares padece alguna enfermedad crónica

Historia personal:

Era una persona normal, tranquila, responsable con sus cosas y pendiente de su familia, ahora no puede hacer muchas cosas de las que hacía antes porque se siente muy cansada, se ve desmejorada

Historia familiar actual:

Está casada, vive con su esposo y sus 3 hijos, califica las relaciones familiares como regulares, ya que a veces están bien y otras veces no. La relación de pareja, también ha desmejorado, ya que sus deseos (libido) han disminuido considerablemente

Historia laboral:

Se ha desempeñado como ama de casa

Historia médica:

La paciente señala que además del cáncer de mama, padece de hemorroides

Episodios psicopatológicos previos:

En ocasiones anteriores ha sentido mucha tristeza, al punto que ha pensado en quitarse la vida

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo control

Sujeto 4

Datos generales

Nombre: Y

Profesión: —

Sexo: F

Ocupación: ama de casa

Edad: 29 años

Escolaridad: media

Estado civil: casada

Religión: católica

Motivo de consulta:

La paciente manifiesta que se siente mal, que tiene un miedo constante de que le suceda lo peor por eso se siente triste y nerviosa, estos pensamientos y sentimientos aparecieron a partir de que en el 2009 fue diagnosticada con Leucemia linfoblástica

Sintomatología:

- **Cognitiva:** piensa que algo malo le va a suceder, que no está segura y que va a perder el control
- **Afectiva:** ansiedad, temor, nerviosismo, tristeza, irritable
- **Motivacional:** desea no sentirse mal y que su situación mejore
- **Física:** insomnio, pérdida de peso, molestias gastrointestinales, temblores
- **Conductual:** llorar, discutir con facilidad

Historia de la enfermedad actual:

La paciente fue diagnosticada hace seis años aproximadamente fue diagnosticada con cáncer, desde entonces no está tranquila, teme que suceda lo peor, está siempre ansiosa, enojada o triste, considera que ya es otra persona, que ha cambiado mucho y que nada volverá a ser como antes

Anamnesis familiar:

Tiene familiares que sufren de la presión

Historia personal:

Se considera una persona responsable, que le gustaba disfrutar de diferentes actividades y compartir con su familia, sin embargo siente que ha cambiado mucho, ha perdido el interés por las cosas, no se siente bien ni con ella misma, ni se siente capaz de tomar decisiones sola

Historia familiar actual:

Es casada y tiene dos hijos, las relaciones familiares son regulares, en algunas ocasiones se dan discusiones que le hacen sentirse sola, pero su familia siempre ha estado con ella

Historia laboral:

No trabaja fuera de casa

Historia médica:

La paciente señala que sufre de presión baja

Episodios psicopatológicos previos:

Sin episodios psicopatológicos previos

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo control

Sujeto 5

Datos generales

Nombre: B	Ocupación: ama de casa Independiente
Sexo: F	(fonda)
Edad: 61 años	Escolaridad: Primaria
Estado civil: casada	Religión: católica
Profesión: ---	

Motivo de consulta:

La paciente tiene cancer cérvico-uterino que fue diagnosticado hace 4 años y unos meses, señala que tiene miedo a morir y que eso la tiene muy triste y llora

Sintomatología:

- **Cognitiva:** piensa que va a morir
- **Afectiva:** tristeza, ansiedad, temor, irritabilidad
- **Motivacional:** que las cosas van a mejorar
- **Física:** pérdida del sueño, pérdida del apetito
- **Conductual:** llanto recurrente

Historia de la enfermedad actual:

La paciente refiere sentirse cada vez más triste y deprimida, ya que tiene un gran temor a morir, ya tiene cuatro años y un mes que fue diagnosticada con cáncer cérvico-uterino y siente que ahora es más dura con ella misma

Anamnesis familiar:

Existen antecedentes con esta enfermedad en la familia, ya que la madre de la paciente padece de cáncer en el estómago

Historia personal:

Considera, que es una buena persona, responsable con las cosas de su hogar y su familia, a pesar de que su vida ha cambiado a causa de su padecimiento y de sus estados de ánimo ella trata de ser la misma persona que antes

Historia familiar actual:

Está casada, vive con su esposo y una sobrina y las relaciones familiares son bastante buenas a pesar de que algunas veces se dan diferencias entre ellos tratan de manejar las situaciones lo mejor posible

Historia laboral:

Trabajaba con independiente en una fonda, siempre le fue bien en el trabajo, tenía buena relación con los clientes

Historia médica:

Padece de diabetes, además del cáncer cérvico-uterino

Episodios psicopatológicos previos:

No detallo ningún episodio previo

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo control

Sujeto 6

Datos generales

Nombre: A Y

Profesión: —

Sexo: F

Ocupación: ama de casa y agricultora

Edad: 67 años

Escolaridad: primaria

Estado civil: casada

Religión: evangélica

Motivo de consulta:

La paciente se siente muy mal de salud, señala que el tratamiento para el cáncer es muy doloroso, se siente triste y deprimida

Sintomatología:

- **Cognitiva:** temor a morir,
- **Afectiva:** tristeza, nerviosismo,
- **Motivacional:** no va a tener fuerzas para seguir adelante y valerse por sí misma
- **Física:** náuseas, mareos, dolores de cabeza
- **Conductual:** aislamiento social, evitación de situaciones temidas

Historia de la enfermedad actual:

La paciente fue diagnosticada con carcinoma mandibular en noviembre de 2012, eso para ella fue un golpe muy fuerte, todas las cosas tanto la enfermedad como el tratamiento (quimioterapia, radioterapia) ha sido muy doloroso, lo que ha desmejorado toda su salud tanto física como emocional, se siente triste y cansada de tanto sufrimiento

Anamnesis familiar:

No hay antecedentes en su familia

Historia personal:

Siempre fue una mujer luchadora, fuerte, trabajadora, con ganas de salir adelante con sus hijos y su esposo, sin embargo la situación de su salud le impide hacer lo que antes podía

Historia familiar actual:

La paciente vive con su esposo y sus hijos, la dinámica familiar según indicó es buena, se llevan en general bien y está unida la familia

Historia laboral:

Solo se ha dedicado a la agricultura de consumo, a su familia, a sus hijos y a su hogar

Historia médica:

No reporto ninguna

Episodios psicopatológicos previos:

Señala la paciente, que hace muchos años por el fallecimiento de un familiar le causo mucha tristeza, llanto, otro, pero no recibió atención por ese evento

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo control

Sujeto 7

Datos generales.

Nombre: Y

Profesión: oficinista

Sexo: F

Ocupación: oficinista

Edad: 46 años

Escolaridad: universidad

Estado civil: divorciada

Religión: católica

Motivo de consulta:

La paciente señala, que su vida ya no es la misma de antes, que ella ha cambiado, que desde que fue diagnosticada con cáncer de pulmón nada ha vuelto a ser igual, se siente insegura, triste y el tratamiento le provoca mucho estrés y ansiedad

Sintomatología:

- **Cognitiva:** piensa que va a morir, piensa que va a perder el control
- **Afectiva:** temor, nerviosismo, tristeza, culpa, inseguridad
- **Motivacional:** las cosas no van a mejorar, que no se recuperara nunca
- **Física:** mareo, cansancio,
- **Conductual:** no hace las actividades que hacía antes

Historia de la enfermedad actual:

La paciente indica en el mes de febrero del 2013 fue diagnosticada con metástasis pulmonar, al recibir esta noticia quedó como estado de shock, fue muy difícil para ella este padecimiento, sintió que el mundo se le venía encima, que iba a morir, que ya todo había terminado para ella

Anamnesis familiar:

No tiene familiares que padezcan esta enfermedad

Historia personal:

Se describe como una persona trabajadora, responsables con sus cosas, con sus familiares, activa, pero en la actualidad se siente insegura, ya no trabaja como antes y se cansa con mayor facilidad

Historia familiar actual:

La paciente vive con la mamá, cuatro hermanas y una hija, las relaciones familiares son buenas, algunas veces discuten, pero después arreglan las diferencias y siguen unidas

Historia laboral:

Se desempeña como oficinista, se relaciona bien con sus compañeros de trabajo y sus superiores, trata de llevarse bien con todas las personas con las que trata pero a veces se siente muy mal

Historia médica:

No tiene otra enfermedad física o psicológica

Episodios psicopatológicos previos:

Sin episodios psicopatológicos previos

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Grupo control

Sujeto 8

Datos generales

Nombre: A B

Profesión: —

Sexo: F

Ocupación: modista

Edad: 59 años

Escolaridad: media

Estado civil: viuda

Religión: evangélica

Motivo de consulta:

La paciente siente muy nerviosa y ansiedad desde, que empezó a sentir una molestia en el pecho y la espalda por enfermedades de la familia, se realizó unos exámenes y fue diagnosticada con cáncer por eso se siente triste a pesar de que sigue luchando

Sintomatología:

- **Cognitiva:** pensar que va a morir, ideación suicida
- **Afectiva:** miedo a morir, culpabilidad, irritabilidad
- **Motivacional:** desearía sentirse mejor, y que las cosas volvieran a ser como antes y no tener que depender tanto de los demás
- **Física:** llanto, cansancio, palpitaciones, molestias gastrointestinales
- **Conductual:** sobresaltos, aislamiento y llanto

Historia de la enfermedad actual:

La paciente empezó a sentir dolor en el pecho, en la espalda y en el brazo, al realizarse los estudios le diagnosticaron cáncer de mamá lo que fue muy doloroso, porque ya su familia ha pasado por esta enfermedad

Anamnesis familiar:

En su familia cercana su hermana mayor tiene cáncer de mama, y una prima por parte de su

papá, también tiene cáncer de mama, además otras de las enfermedades presentes son la hipertensión arterial y diabetes.

Historia personal:

La paciente se describe como una mujer muy trabajadora, quedo viuda desde muy joven y ha salido sola con sus hijos, siempre ha sido independiente, solo que ahora no puede realizar las mismas actividades que hacía antes y lo que hace debe hacerlo más lento y con mucho más cuidado.

Historia familiar actual:

En la actualidad, vive prácticamente solo, solo uno de sus hijos vive con ella, pero cuando él sale a trabajar ella queda sola. No volvió a casarse, crio a sus hijos sola. La relación con su hijo es buena, él está siempre pendiente. Y mantiene comunicación con sus otros hijos.

Historia laboral:

Se ha desempeñado como trabajadora independiente ya que es modista, sin embargo ya no puede realizar esta actividad. Siempre se ha llevado bien con las personas que han solicitado sus servicios.

Historia médica:

No tiene antecedentes de enfermedades físicas o psicológicas diagnosticadas.

Episodios psicopatológicos previos:

Ha sufrido muchas pérdidas de familiares, primero fue la muerte de la mamá cuando tenía 6 años, a los 20 años pierde a su hijo mayor, queda sola a los 25 años y seis meses después de eso muere su padre. En cada episodio de esto vio gran dolor y tristeza, se sentía sola y deprimida pero no recibió atención psicológica.

Diagnóstico

F.54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo).

Anexo 2

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CONTRATO TERAPEUTICO

Yo _____, mediante este contrato me comprometo a recibir el tratamiento grupal de arteterapia cognitivo-conductual, con el fin de reducir los síntomas de la ansiedad y depresión asociados a la enfermedad de cáncer que padezco

Al firmar este contrato, me comprometo a asistir puntualmente a las 11 sesiones programadas, que se llevaran a cabo una vez por semana, los días sábados, en un horario de 9 00 a.m a 11 00 a m

Además, me comprometo a participar activamente en las sesiones y cumplir con las tareas que se asignen para la casa

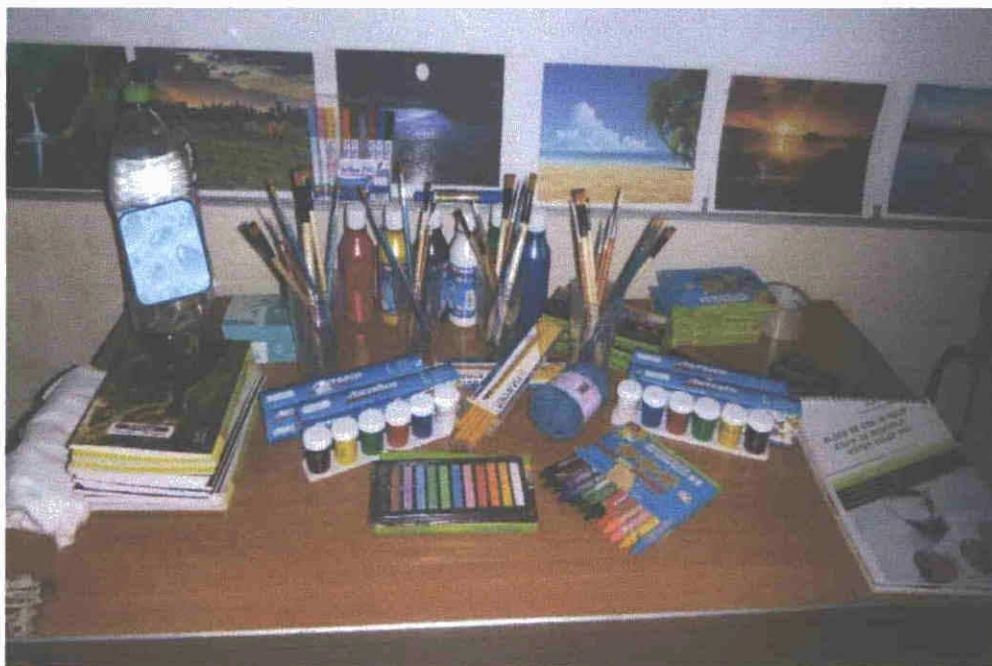
Firma de paciente

Firma del terapeuta

Fecha _____

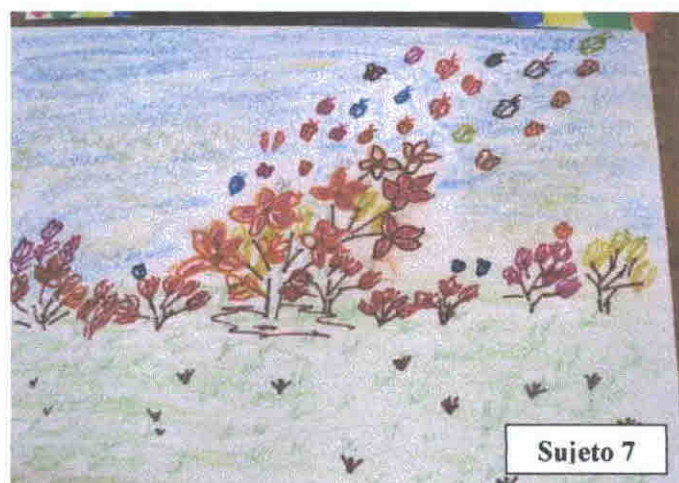
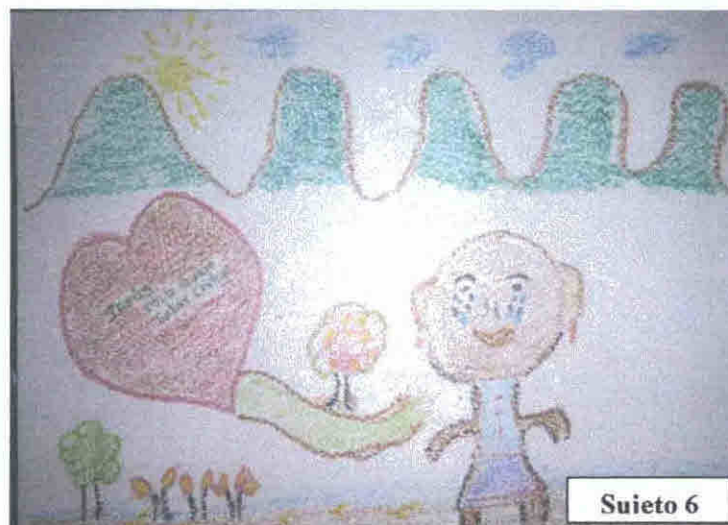
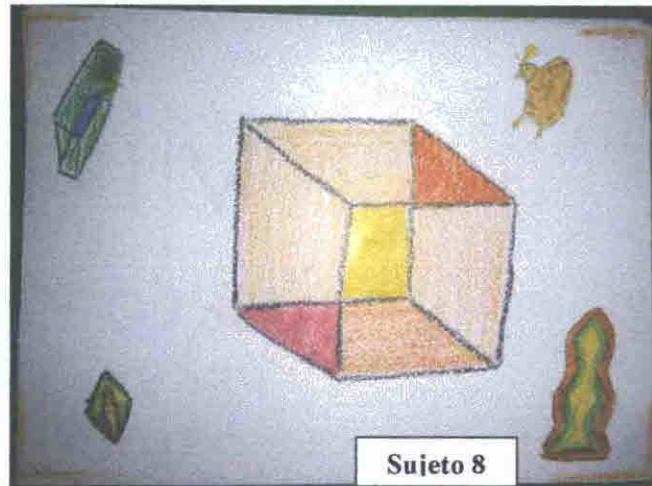
Sesión 1.

Tema: Presentación de la terapia, objetivos y normas.



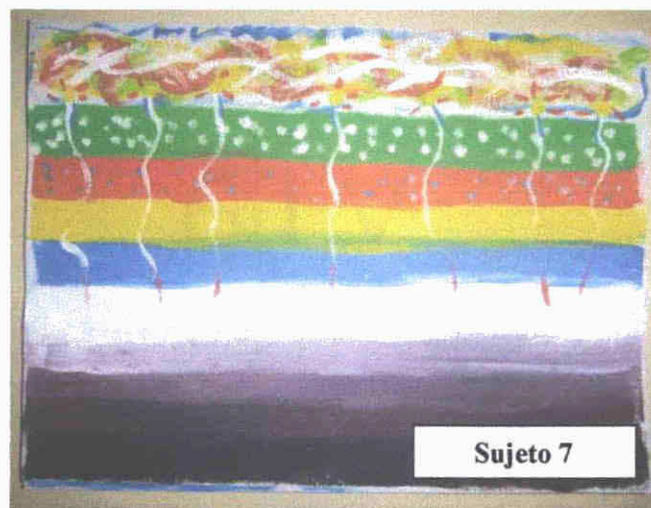
Sesión 2.

Tema: Conociéndome a través del arte



Sesión 3.

Tema: Mis emociones



Sesión 4.

Tema: Reconociendo mis emociones.



Sujeto 5



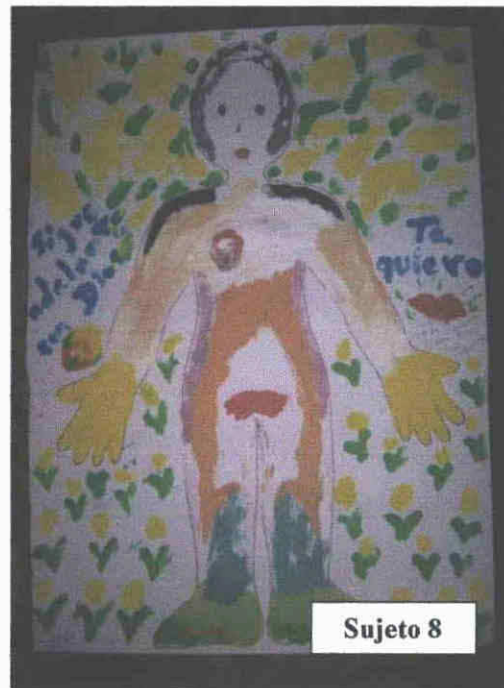
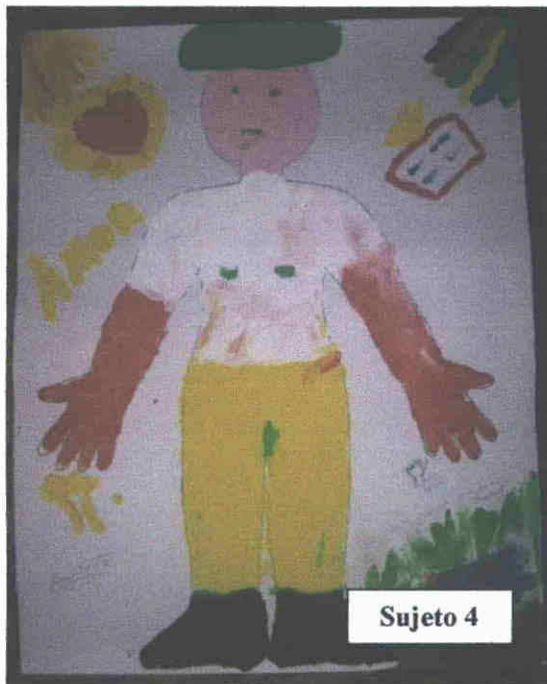
Sujeto 3



Sujeto 4

Sesión 5. Y Sesión 8.

Tema: Conociéndome a través del arte. Tema: El mundo y Yo.



Sesión 6.

Tema: Yo tengo el control.



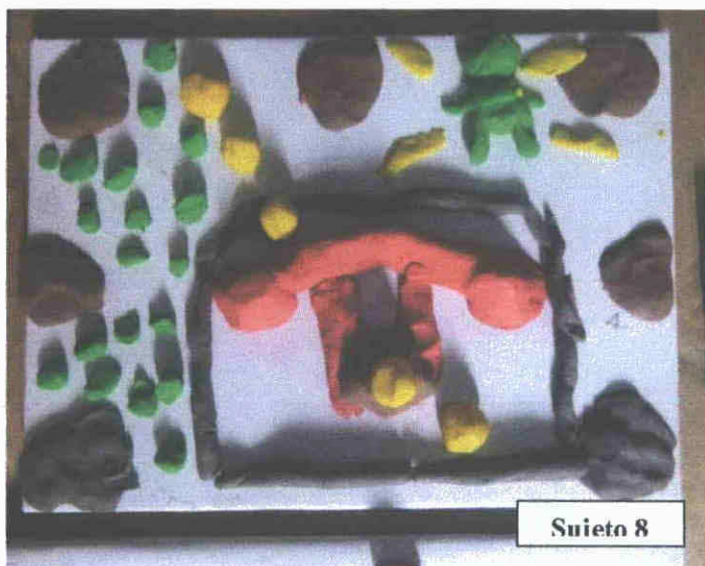
Sujeto 3



Sujeto 5



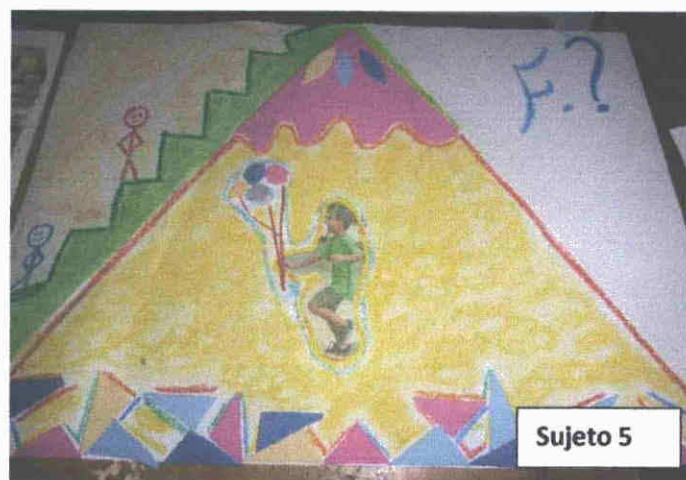
Sujeto 6



Sujeto 8

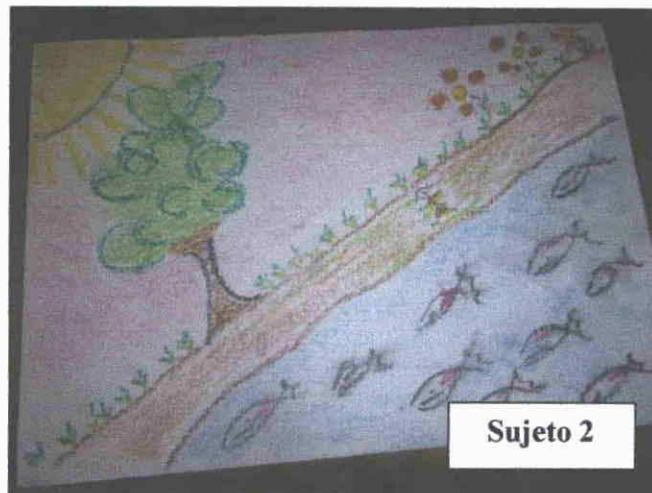
Sesión 7

Tema: El collage de mi vida.



Sesión 9

Tema: Mis fortalezas



Sujeto 2



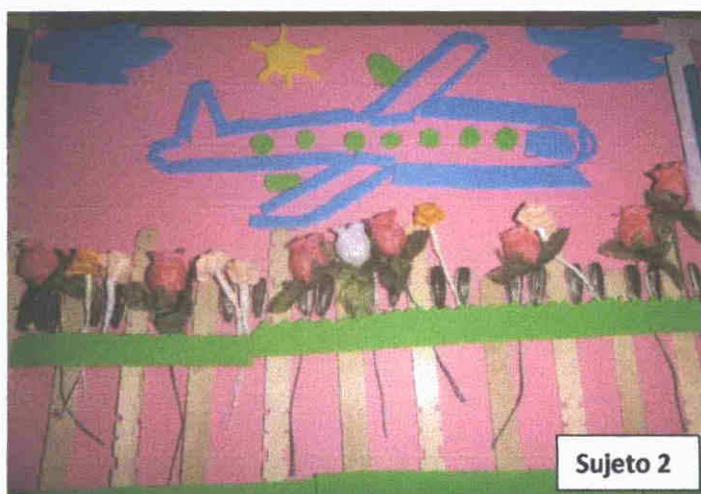
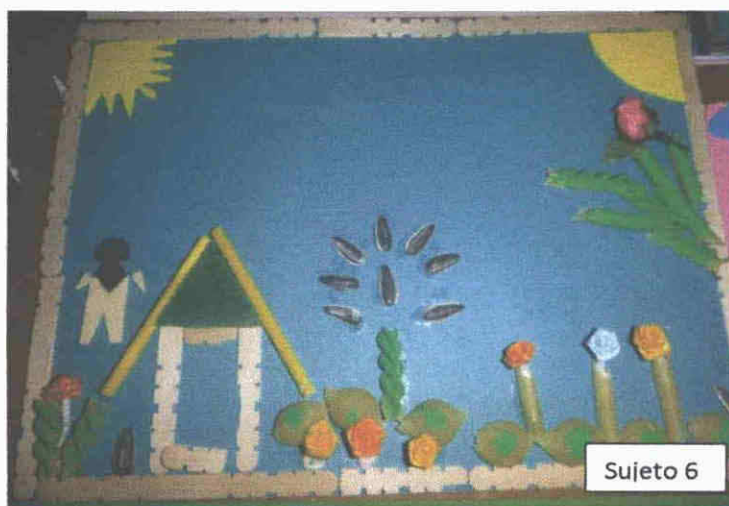
Sujeto 3



Sujeto 1

Sesión 10.

Tema: Yo soy el autor.



Sesión 11.

Tema: Llegar a la meta.



Sujeto 5 y familiar



Sujeto 2 y familiar



Grupo de Arteterapia y familiares